

IMPLEMENTATIONSMÖGLICHKEITEN GESUNDHEITSPOLITISCHER PROGRAMME

- DARGESTELLT AN EINEM TEILPROGRAMM SOWIE DEM GESAMTPROGRAMM
DER DEUTSCHEN HERZ-KREISLAUF - PRÄVENTIONSSTUDIE,
KOOPERATIVER TEIL -

DISSERTATION
ZUR ERLANGUNG DES DOKTORGRADES
DER WIRTSCHAFTS- UND SOZIALWISSENSCHAFTLICHEN FAKULTÄT DER
UNIVERSITÄT BREMEN

vorgelegt von

Dipl. Volksw. HELENE KNEIP

aus Troisdorf

1988



Digitized by the Internet Archive
in 2026

IMPLEMENTATIONSMÖGLICHKEITEN GESUNDHEITSPOLITISCHER PROGRAMME

- DARGESTELLT AN EINEM TEILPROGRAMM SOWIE DEM GESAMTPROGRAMM
DER DEUTSCHEN HERZ-KREISLAUF - PRÄVENTIONSSTUDIE,
KOOPERATIVER TEIL -

DISSERTATION
ZUR ERLANGUNG DES DOKTORGRADES
DER WIRTSCHAFTS- UND SOZIALWISSENSCHAFTLICHEN FAKULTÄT DER
UNIVERSITÄT BREMEN

vorgelegt von

Dipl. Volksw. **HELENE KNEIP**

aus Troisdorf

1988

Diese Arbeit hat dem Promotionsausschuß Dr.rer. pol. der Universität Bremen als Dissertation vorgelegen.

An dem Promotionsverfahren haben Herr Prof. Dr. H. Häußermann (Bremen) und Herr Prof. Dr. E. Greiser (Bremen) als Gutachter mitgewirkt. Das Colloquium hat am 29.6.1988 stattgefunden.

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1. Vorbemerkung	1
2. Einführung in die Problemstellung	5
2.1. Fragestellung	13
2.2. Zentrale Begriffe und implementations- theoretische Zusammenhänge	18
2.3. Verflechtung und Einflußfaktoren bei Interventionsprogrammen - Entwicklung eines theoretischen Bezugsrahmens	29
2.4. Methodische Anlage der Untersuchung	37
3. Deutsche Herz-Kreislauf-Präventions- studie	40
3.1. Kooperative Prävention	44
3.1.1. Programmteil der Mesoimplementation	45
3.1.2. Programmteil der Mikroimplementation	50
3.2. Kommunale Prävention	51
3.2.1. Programmteil der Mesoimplementation	52
3.2.2. Programmteil der Mikroimplementation	55
3.3. Wesentliche Unterschiede der Ansätze	55
4. Teilprogramm für Ärzte	59
4.1. Strukturanalyse	59
4.2. Einstellung zur Prävention	64
4.3. Programmbeschreibung	70
4.3.1. Programmteil der Mesoimplementation	71
4.3.2. Programmteil der Mikroimplementation	74
5. Ergebnisbericht über die Phase der Mesoimplementation	76
5.1. Akzeptanz des Gesamtprogramms	77

5.1.1.	Darstellung und Analyse der Aktivitäten von Ärzteorganisation vor der Bewilligung	77
5.1.1.1.	Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Studienhandbuch	78
5.1.1.2.	Stellungnahme eines Landesvorsitzenden des NAV zur Kooperativen Prävention	82
5.1.1.3.	Stellungnahme des Vorsitzenden des Hartmannbundes zur Stellungnahme des NAV-Landesvorsitzenden	85
5.1.1.4.	Stellungnahme des Bundesvorsitzenden des NAV zur Stellungnahme des Vorsitzenden des Hartmannbundes	86
5.1.1.5.	Stellungnahme des Vorsitzenden der Ärzteschaft Mannheim	87
5.1.1.6.	Stellungnahme des Präsidenten der Landesärztekammer Baden-Württemberg	88
5.1.1.7.	Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Operationshandbuch	89
5.1.1.8.	Gemeinsame Besprechung von Vertretern des Gesundheitssystems sowie der Administration im BMFT	92
5.1.1.9.	Ergebnisse der Stellungnahmen der Ärzteorganisationen	93
5.1.1.10.	Zusammenfassende Analyse	94
5.1.2.	Darstellung und Analyse der Äußerungen in der Phase der Mittelsperre	100
5.1.2.1.	Reaktionen im Kreis Traunstein	101
5.1.2.2.	Reaktionen in Baden-Württemberg	105
5.1.2.3.	Reaktionen in Bremen	112
5.1.2.4.	Reaktionen in Berlin	113
5.1.2.5.	Stellungnahme der Bundesärztekammer sowie der Landesärztekammern am Ende der Mittelsperre	113
5.1.2.6.	Reaktionen sonstiger Vertreter des gesundheitspolitischen Sozialsystems	115

5.1.2.7.	Zusammenfassung	121
5.1.3.	Analyse der Aktivitäten nach der Mittel- sperre - 1.8.1984 - 31.12.1986 -	123
5.1.3.1.	Programmumsetzung in Baden-Württemberg	124
5.1.3.2.	Programmumsetzung im Kreis Traunstein	133
5.1.3.3.	Programmumsetzung in Bremen	135
5.1.3.4.	Programmumsetzung in Berlin	138
5.1.4.	Zusammenfassung	139
5.2.	Akzeptanz des Teilprogramms für Ärzte	143
5.2.1.	Akzeptanz des Teilprogramms für Ärzte in Stuttgart	144
5.2.2.	Akzeptanz des Teilprogramms für Ärzte in Berlin	153
5.2.3.	Akzeptanz des Teilprogrammms für Ärzte im Kreis Traunstein	159
5.2.4.	Akzeptanz des Teilprogramms für Ärzte in Bremen	166
5.2.5.	Zusammenfassung	166
6.	Ansatzpunkte für die Implementation gesundheitsbezogener Programme und Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse	169
Anhang		181
Literaturverzeichnis		219

Verzeichnis der Anlagen im Anhang

Anlage 1:	Stellungnahme zum Studienhandbuch der DHP seitens des Vorstandes der Bundesärztekammer - 16. September 1983 -	183
Anlage 2:	Stellungnahme zum Operationshandbuch der DHP seitens des Vorstandes der Bundesärztekammer - 13. April 1984 -	189
Anlage 3:	Text der Vereinbarung zwischen der Landesärztekammer und der Projektleitung der DHP in Stuttgart	195
Anlage 4:	Offener Brief des Präsidenten der Landesärztekammer Baden-Württemberg an den Oberbürgermeister der Stadt Mannheim - 22. November 1984 -	199
Anlage 5:	Erlaß des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg - 30. August 1982 -	203
Anlage 6:	Text der Vereinbarung zwischen der Ärztekammer Berlin und der Projektleitung der DHP in Berlin	209
Anlage 7:	Fragebogen des Begleitforschungsinstitutes "soziostrukturelle Evaluation"/WIAD	213

1. Vorbemerkung

Im Rahmen der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP) wurde zunächst der Ansatz der sogenannten Kooperativen Prävention entwickelt. Hierbei handelt es sich um ein Bündel von aufeinander abgestimmten Maßnahmen, die auf die Reduktion von Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Herz-Kreislauf-Mortalität abzielen. Da die Ärzteschaft in diesem Konzept den ihr zugedachten Aufgabenkreis nicht akzeptierte, stellte sie der Kooperativen Prävention einen von ihr entwickelten Ansatz, die Kommunale Prävention, als Alternativkonzept entgegen. Dies führte nach einem langen Prozeß schließlich dazu, daß die Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie um den Ansatz der Kommunalen Prävention erweitert wurde. Die hiermit zusammenhängende Auseinandersetzung zwischen Ärzteschaft, Vertretern der Kooperativen Prävention und Administration bis zu dem Zeitpunkt, an dem der Ansatz integriert wurde, war u.a. Anlaß dafür, die Aktivitäten der ärztlichen Interessenvertreter im Hinblick auf den Bereich der Prävention unter der hier verkürzt wiedergegebenen Fragestellung genauer zu analysieren: "Was vollzieht sich (und warum) nach der Formulierung eines gesundheitsbezogenen Programms, vor seiner endgültigen Umsetzung bei der Zielbevölkerung, bei den Landesvertretern der Ärzteschaft sowie den Ärzten selbst? Welche Einflüsse hat dieser Prozeß auf das Programm?"

Die vorliegende Arbeit dient mithin der Ermittlung des Spektrums von Einflußmöglichkeiten ärztlicher Organisationen sowie der niedergelassenen Ärzteschaft selbst auf bereits formulierte gesundheitspolitische, präventive Programme. Sie basiert auf den Erfahrungen und Ergebnissen, die bei der Implementation der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie gewonnen wurden. Im Vordergrund stehen die Feststellung der Akzeptanz des im Rahmen dieser Studie u.a. entwickelten Programmteiles für Ärzte durch die Ärzteschaft sowie eine Analyse des tatsächlich implementierten Programms der Kooperativen Prävention der DHP im Vergleich zu dem geplanten Programm. Dabei wird ein



Sinnzusammenhang zu den feststellbaren Aktivitäten von ärztlichen Interessenvertretern im Kontext mit der Studie hergestellt.

Von Erkenntnisinteresse und Anspruch her wird über die vorliegende Analyse eine Hypothese zum Motiv der Beanspruchung der Prävention als ärztliche Aufgabe (insbesondere seitens der ärztlichen Interessenvertreter) systematisch überprüft. Darüber hinaus werden unter dem Aspekt der Verbesserung der Implementationschancen gesundheitsbezogener Programme zusätzliche Hypothesen generiert, die in weiteren Untersuchungen einer eingehenden Prüfung unterzogen werden müssen.

In einer Einführung in die Problemstellung werden zunächst die Notwendigkeit und Bedeutung präventiver Maßnahmen im bestehenden Gesundheitssystem dargelegt. Es folgen eine Beschreibung des Stellenwertes der Prävention in der ärztlichen Praxis auf der einen Seite und die Darstellung der Beanspruchung der Prävention als ärztliches Handlungsfeld seitens der Ärzteorganisationen in Form eines Alternativprogramms auf der anderen Seite als Basisinformation zu der zu überprüfenden Hypothese (Kapitel 2). Es schließt sich ein kurzer Überblick über die Entwicklung der Implementationsforschung an; hiermit wird die zugrundeliegende Untersuchungsproblematik mit dem bestehenden Forschungsstand verknüpft (Kapitel 2.1.).

Nach Darstellung der zentralen Begriffe und implementationstheoretischen Zusammenhänge (Kapitel 2.2.) erfolgt eine Beschreibung des theoretischen Bezugsrahmens über die Entwicklung eines als kybernetischer Regelkreis konzipierten Variablenmodells. Dieses Modell dient als Analyseraster und als deskriptives Erfassungsschema, in dem Faktoren wie 'beteiligte, betroffene oder interessierte Akteure', 'vorhandene Rechtslage', und sonstige Bedingungen, die das Programm der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie und den Programmteil für Ärzte in seiner Problemgenese, Definition, Gestaltung und Umsetzung prägen, verortet werden (Kapitel 2.3.). Das Modell beansprucht, Verknüpfungen zwischen seinen Elementen auf-

zuzeigen, die Aussagen über Wirkungs- und Abhängigkeitsbeziehungen bzw. Steuerungs- und Bedingungsverhältnisse erlauben.

Der Darlegung der methodischen Analyse der Untersuchung (Kapitel 2.4.) folgen die Beschreibung des ursprünglich im Rahmen der DHP allein geplanten Ansatzes der Kooperativen Prävention, des später hinzugekommenen Ansatzes der Kommunalen Prävention sowie eine vergleichende Analyse der beiden Konzepte (Kapitel 3.).

Im 4. Kapitel werden der Rahmen für das ärztliche Fortbildungsprogramm, ausgehend von der bestehenden Implementationsstruktur, aufgespannt sowie die Inhalte des Programnteils detailliert wiedergegeben.

Hieran schließt sich im 5. Kapitel, unter dem Aspekt der zugrundeliegenden Fragestellung und unter Berücksichtigung der 'Variablenzusammenhänge' des zu entwickelnden Modells, eine Analyse der die Implementation des Programms der Kooperativen Prävention betreffenden Verlautbarungen seitens Programmförderer, Programmformulierer und ärztlicher Implementationsstruktur im weitesten Sinne sowie eine Beschreibung der resultierenden Verhandlungsstrukturen und Verhandlungsfelder an. Im einzelnen werden der Briefwechsel zwischen Ärztekammer(n), Ministerien und freien Ärzteverbänden wiedergegeben und die Zielsetzungen dieser Aktivitäten in einen Sinnzusammenhang zur etablierten Gesundheitspolitik gestellt. Weiterhin werden Artikel in ärztlichen Zeitschriften sowie mündliche Stellungnahmen, soweit diese belegbar sind, Vereinbarungen bzw. Verträge zwischen den Ärzteorganisationen und einzelnen Projektleitern dargestellt und im Kontext mit den Auswirkungen auf das Programm der Kooperativen Prävention interpretiert. Unter Heranziehung der Prämissen der Theorie des interorganisatorischen Verhaltens sowie korporatistischer Verhandlungssysteme der Sozialpolitik werden der hier vorliegenden Analyse wichtige Zugangswege zur Problemlösung ermöglicht (Kapitel 5.1.).

Schließlich wird über die Auswertung eines eingesetzten Fragebogens zur Akzeptanz des Programnteils für Ärzte sowie über

die Wiedergabe persönlicher Gespräche mit Vertretern der Ärzteschaft der Analysebericht vervollständigt (Kapitel 5.2.).

Abschließend werden nach einer Zusammenfassung der Ergebnisse und Abschätzung der Aussagefähigkeit des Variablenmodells Ansatzpunkte und Voraussetzungen für eine erfolgreiche Implementation gesundheitsbezogener Programme, zum Teil als Anforderungen, zum Teil als Hypothesen, formuliert (Kapitel 6.).

2. Einführung in die Problemstellung

In der Bundesrepublik Deutschland sind Herz-Kreislauf-Krankheiten, ähnlich wie in vergleichbaren Ländern, die häufigste Todesursache. Bisher wurde vorrangig mit einer medizinischen Versorgung reagiert, die überwiegend auf die Behandlung und Heilung bestehender Krankheiten und nicht auf die Erhaltung von Gesundheit und die Vermeidung von Neuerkrankungen ausgerichtet war. Trotz hohem Leistungsstandard der kurativen Medizin sowie einer hochentwickelten Medizintechnik gelang es bisher nicht, die Todesfälle durch Herz-Kreislauf-Krankheiten so zu reduzieren, daß die durchschnittliche Lebenserwartung maßgeblich verbessert wurde.

Vor diesem Hintergrund wird verständlich, daß vorbeugende Maßnahmen, die schon die Entstehung der Krankheit verhindern sollen, immer mehr in den Vordergrund der gesundheitspolitischen Diskussion rückten. Gestützt wurde dieser Wandel durch Erfahrungen in den USA, wo man bereits intensive gesundheitserzieherische Propaganda- und Informationskampagnen begonnen und zum Teil beendet hatte, deren eindrucksvolle Änderungen in Ernährungsweisen, Rauchgewohnheiten und den darauf bezogenen großen Fortschritten bei der Bekämpfung des Bluthochdrucks nachdenklich stimmten.¹⁾

In diesem Zusammenhang verabschiedete die Bundesregierung am 16. Juni 1978 ein Programm zur Förderung von Forschung und

¹⁾ Vgl. hierzu Carleton, R.A.: The Pawtucket Heart Health Program, National Heart, Lung and Blood Institute, 1980; Farquhar, J.W., Maccoby, N., Wood, P.: Stanford Five-City Multifactor Risk Reduction Project, Stanford Heart Disease Prevention Program, National Heart, Lung and Blood Institute, 1977; Blackburn, H. et al.: Minnesota Heart Health Program, Health Program Division, Manual of Operations, Minneapolis 1981

Entwicklung im Dienste der Gesundheit.¹⁾ Im Rahmen dieses Programms wurde der Erforschung von Möglichkeiten zur Primärprävention besonderes Gewicht beigemessen. Hierbei sollten in erster Linie Verhaltensweisen analysiert werden mit dem Ziel, Instrumente für Verhaltensänderungen zu entwickeln und zu implementieren, die sich über die Senkung von Risikofaktoren zu einer Reduktion von Herz-Kreislauf-Krankheiten eignen.

Im Mittelpunkt standen die bekannten Risikofaktoren wie Rauchen, Ernährungsfehler (einschl. Alkohol), Streß, Bluthochdruck, Bewegungsarmut, Übergewicht und Diabetes mellitus.

Zur Programmumsetzung beabsichtigte man die Förderung einer multizentrischen Gemeindestudie²⁾, der sogenannten Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie, deren inhaltliches Ziel die Entwicklung und Implementation von unterschiedlichen präventiven Interventionsmaßnahmen war, die nach Art und Umfang für eine unmittelbare Umsetzung auf breiter Bevölkerungsebene geeignet sind.

In diesem Kontext wurden in einer sogenannten Vorstudienphase (1979-1983) fest umrissene Einzelprogramme isoliert voneinander entwickelt und erprobt und hinsichtlich ihrer Einbindung in ein gemeindeorientiertes Interventionskonzept analysiert.

-
- 1) Bundesminister für Forschung und Technologie (Hrsg.): Programm der Bundesregierung zur Förderung von Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit 1978-1981, Bonn 1978
 - 2) Dem Gemeindekonzept liegt die Erkenntnis zugrunde, daß die Gemeinde wesentliche Bedingungen für individuelle bzw. sozialspezifische Lebensweisen konstituiert, die für Prozesse von Gesundheit und Krankheit von Bedeutung sind. Auf Gemeindeebene wird umgekehrt eine Vielzahl präventiver Dienstleistungen organisiert. Hierdurch ergibt sich die Möglichkeit, die vorgefundenen Strukturen unter präventiven Gesichtspunkten zu beeinflussen im Sinne einer Angebotsverbesserung inklusive einer Erweiterung und, bei Bedarf, einer Strukturveränderung sowie einer Intensivierung bzw. Aktivierung der entsprechenden Nachfrage.

Eine wesentliche Vorarbeit u.a. stellte die Entwicklung eines Konzeptes zur ärztlichen Gesundheitsberatung dar.¹⁾²⁾ Hierbei wurde angestrebt, präventive Gesundheitsberatung, der trotz ihrer Einforderung seitens der niedergelassenen Ärzteschaft als originäre Aufgabe tatsächlich nur eine bescheidene Nebenrolle in der täglichen ärztlichen Berufsausübung zukam³⁾, als eine der zentralen Aufgaben der modernen Heilkunde aktiv zu verankern. Dabei wurde von vornherein nicht verkannt, daß die vorgegebenen Strukturen unseres Gesundheitssystems mit ihren Ausprägungen wie Arbeitsüberlastung, zunehmender Autoritätsverlust, mangelnde pädagogische und gesprächstechnische Voraussetzungen, Kooperationslosigkeit zwischen Ärzten und Vertretern anderer im weitesten Sinn gesundheitsbezogener Berufe sowie schließlich finanzielle Abwertung der auf den Menschen gerichteten 'sprechenden Medizin' im Rahmen der kassenärztlichen Gebührenordnung u.a. entscheidende Hinderungsfaktoren für eine effektive ärztliche Gesundheitsberatung darstellten.

In ähnlichem Zusammenhang wie dem hier zugrundeliegenden Ziel der Verankerung der ärztlichen Gesundheitsberatung stellte Böcher bei der Auswertung der Erfahrungen mit Modellprojekten, die im Rahmen von gemeindezentrierten Interventionsstudien zur Herz-Kreislauf-Prävention in Kooperation mit der Weltgesund-

1) In der deutschsprachigen Literatur wird der Begriff Gesundheitsberatung nicht einheitlich verwendet. Der englische Begriff 'health education' wird in der deutschsprachigen Literatur zumeist als 'Gesundheitserziehung' wiedergegeben. Stocksmeier forderte bereits 1974 eine Vereinheitlichung dieses Begriffes. Vgl. Stocksmeier, U.: Gesundheitsberatung - aber wie? Heidelberg 1974. Wenn Ärzte heute von 'Gesundheitserziehung' sprechen, so ist meistens die individuell orientierte und an der Risikogefährdung ausgerichtete Gesundheitsberatung als Beeinflussungsmöglichkeit im Gesundheitsverhalten gemeint.

2) Das Konzept wird unter Punkt 4 dargestellt.

3) Vgl. hierzu auch Schipperges, H.: Entwicklungen und Tendenzen der Berufe im Gesundheitswesen, in: Quintessenz, Impulse, Zeitschrift für Communication & Praxismanagement, April 1986, S. 4-10

heitsorganisation durchgeführt wurden, fest: "Experiences in pilot areas showed, that medical doctors are not always an easy group to be won and to be integrated into the implementation of a health education program."¹⁾

Trotz des Wissens um diese Hemmnisse für eine Implementation der ärztlichen Gesundheitsberatung wurde dieser Programmteil der Studie besonders gewichtet und, bei der Programmentwicklung die Schwierigkeiten soweit wie möglich adäquat berücksichtigend, in den Vordergrund der Aktivitäten gerückt. Dies geschah zum einen aufgrund von Untersuchungen, aus denen hervorging, daß ein Großteil der Bevölkerung den Arzt als den kompetenten Ansprechpartner in Fragen der Gesundheit ansieht²⁾, dies, obwohl durch die Medien das Image des Arztes in den letzten Jahren permanent verschlechtert wurde.

Zum anderen erfolgte diese Akzentsetzung auch, um von vornherein Konflikte mit der niedergelassenen Ärzteschaft zu vermeiden, die die Prävention als ihre Domäne betrachtet und in der Vergangenheit wiederholt ihre Wünsche entgegen den Vorstellungen von Krankenkassen und Parteien hatte durchsetzen können.³⁾

1) Böcher, W.: Preparatory Paper of the Meeting of the Working Group on Health Education of the Public in Cardiovascular Diseases, Heidelberg, 7./10. November 1978 (non published)

2) Vgl. u.a. Infratest Gesundheitsforschung: Das Arztbild in der Bevölkerung - Ergebnisse einer Repräsentativbefragung, München 1979

3) In diesem Zusammenhang seien beispielhaft die Aktivitäten der Bundesärztekammer sowie des Hartmannbundes und des NAV im Zusammenhang mit der Verabschiedung des 2. Krankenversicherungsänderungsgesetzes genannt. Die durch das Gesetz ermöglichten Vorsorgeuntersuchungen wurden aufgrund der Forderungen der Interessenvertreter der Ärzte allein in die Hand der niedergelassenen Ärzteschaft gelegt, womit "der legitime Anspruch der Sozialversicherten auf eine dem modernen Stand der Medizin entsprechende Form der Vorsorgeuntersuchungen auf parlamentarische Weise nicht verwirklicht werden konnte. Durchgesetzt haben sich vielmehr die Verbände der rund 50.000 freipraktizierenden Ärzte, deren Einfluß im Bundestag zweifelsfrei größer ist als der Einfluß von mehr als 50 Millionen Sozialversicherten". Scholmer, J.: Die Krankheit der Medizin, Neuwied/Berlin 1971, S. 42

Die Ausrichtung des Programms bezog sich insbesondere auf die niedergelassenen Ärzte der Primärversorgung¹⁾. Es wurde als Seminarprogramm für die Bereiche Gesundheitsberatung und -aufklärung sowie Gesprächsführung konzipiert, eine Voraussetzung für effektive Gesundheitsberatung in der ärztlichen Praxis²⁾.

Weitere Bausteine der Vorstudienphase waren die Entwicklung von Fortbildungs- bzw. Schulungsprogrammen für Apotheker, Arzthelferinnen und Lehrer, die Erprobung von Möglichkeiten der Intervention in Betrieben u.v.a.m.³⁾

Am Ende der Vorstudienphase wurden die einzelnen Elemente von den beteiligten Wissenschaftlern zu einem Gesamtprogramm verbunden und in Form des 'Studienhandbuches der DHP'⁴⁾ dem Bundesminister für Forschung und Technologie zur Begutachtung und Förderung vorgelegt.

Das Studienhandbuch in der so vorliegenden Form wurde allerdings von einem der in der Vorstudienphase beteiligten Wissenschaftler nicht akzeptiert. Seine Kritik richtete sich u.a. auf die im vorgelegten Konzept einer gemeindeorientierten Prävention der Ärzteschaft zugewiesene Bedeutung. Als Alternative zu dem zur Förderung vorliegenden Konzept, im folgenden 'Ko-

1) Hinsichtlich der Bestimmung der Arztgruppen, die unter den Begriff 'niedergelassene Ärzte der Primärversorgung' gehören, wurde auf das Abgrenzungskriterium 'kontinuierliche Betreuung über einen längeren Zeitraum des Lebens' zurückgegangen. Vgl. hierzu auch: Pflanz, M.: Überlegungen zur primärärztlichen Betreuung der Bevölkerung, in: Döhner, O. (Hrsg.): Arzt und Patient in der Industriegesellschaft, Frankfurt/Main 1973, S. 38 ff. Unter Zugrundelegung dieses Kriteriums, das insbesondere den Hausarzt näher definiert, wurde das Vorhaben in erster Linie auf die praktischen Ärzte, Ärzte für Allgemeinmedizin und Internisten als Träger der Gesundheitsberatung zugeschnitten.

2) Vgl. Punkt 4 dieser Arbeit

3) Die einzelnen Programmteile werden unter Punkt 3 dargestellt.

4) Vgl. Hoffmeister, H.; Kreuter, H.; v. Troschke, J. (im Auftrag der DHP): Studienhandbuch der DHP, o.O., 1983

operative Prävention' genannt, stellte er einen von der Ärzteschaft Baden-Württemberg mit ihm gemeinsam entwickelten Ansatz, die 'Kommunale Prävention', zur Diskussion. Ein wesentliches trennendes Kriterium der beiden Ansätze war die Reichweite der Verantwortung der niedergelassenen Ärzteschaft. Während beim Konzept der Kooperativen Prävention die intervenativen Aktivitäten nur dort einer ausdrücklichen 'ärztlichen Bewilligung' bedurften, wo die Ärzte direkt einbezogen waren oder aber wo streng medizinische Fragen im Vordergrund standen, war bei der 'Kommunalen Prävention' Voraussetzung, daß jede einzelne Aktivität im Einvernehmen mit der örtlichen Ärzteschaft bewertet, geplant und umgesetzt wurde.¹⁾

Da die beiden Ansätze aufgrund der gegensätzlichen Positionen nicht in ein Konzept überführt werden konnten, wurde seitens der an der Vorstudie beteiligten Wissenschaftler beschlossen, beide Ansätze zur Begutachtung beim Bundesministerium für Forschung und Technologie einzureichen. Zunächst lag jedoch nur der Ansatz der Kooperativen Prävention als Antrag zur Begutachtung vor - ein Antrag für die Kommunale Prävention mußte seitens ihrer Vertreter noch erarbeitet werden -, so daß dieser anfänglich allein in das Bewilligungsverfahren einging. Hierin wurde eine Diskriminierung des Ansatzes der Kommunalen Prävention seitens seiner Vertreter gesehen. Über ärztliche Organisationen wurde auf den unterschiedlichen politischen Entscheidungsebenen interveniert, um die Interessen der Ärzteschaft im Bereich der Prävention zu unterstützen, die nach Meinung eines Teils ihrer Vertreter im Ansatz der Kommunalen Prävention allein ausreichend berücksichtigt waren.

Trotz dieser Aktivitäten, die teilweise auf Überführung des Ansatzes der Kooperativen Prävention in die Kommunale Prävention, zum Teil, um gleiche Bewilligungschancen zu garantieren, auf eine Verzögerung der Begutachtung und Bewilligung bis zum Zeitpunkt, an dem auch ein Antrag zur Kommunalen Prävention vorlag, abzielten, wurde Anfang 1984 zunächst allein die Ko-

¹⁾ Die beiden Ansätze werden unter Punkt 3 ausführlich dargestellt.

operative Prävention gefördert. Es wurde ausdrücklich betont, daß eine Prüfung des Ansatzes der Kommunalen Prävention sofort nach Eingang beim Ministerium erfolgen würde. Nachdem 1985 schließlich das Konzept zur Begutachtung vorlag, wurde zum Jahresende die Bewilligung ausgesprochen. Die beiden Ansätze sollten im Rahmen der DHP einer vergleichenden Analyse unterzogen werden. Die Tatsache jedoch, daß für eineinhalb Jahre allein die Bewilligung der Kooperativen Prävention vorlag, und die Förderung der Kommunalen Prävention ungewiß war, fand ihren Niederschlag auf die Implementation des Ansatzes der Kooperativen Prävention.

Generell treten bei der Implementation von Programmen Probleme auf. Diese Probleme vervielfachen sich dann, wenn ein Programm aus vielen unterschiedlichen Teilprogrammen mit verschiedenen, teilweise konkurrierenden Trägerstrukturen besteht, wie im vorliegenden Fall. Der Implementationserfolg des Einzelprogramms ist in großem Maße abhängig von den Domäneninteressen der beteiligten Implementationsträger, die über die Zuordnung eines definierten Aufgabengebietes in unterschiedlichem Maße tangiert werden. Wenn zu dem Programm seitens einer Interessengruppe ein Alternativprogramm zur Diskussion gestellt wird, und diese Gruppe darüber hinaus über eine starke Lobby verfügt, können sich die Probleme bei der Implementation erhöhen; sie können jedoch auch reduziert werden, wenn eine Verhandlungssituation entsteht, die den Charakter eines Nichtnullsummenspiels aufweist, und sei es nur in dem Sinne, daß für einen der Beteiligten ein Status quo minus hierüber vermieden wird.

- Inwieweit hiermit eine Programmreformulierung korrespondiert, sollte vor der Zielsetzung des Programms in jedem Fall untersucht werden. - Die Chancen, die Probleme, wie sie sich aufgrund ärztlicher/berufspolitischer Anforderungen unter dem Aspekt des Gesamtprogramms bzw. der beiden Programme einschließlich des Fortbildungsprogramms für Ärzte darstellen, einschätzen und ihnen entgegen zu können, sollen über die vorliegende Arbeit erhöht werden.

Sicherlich ist der über den Gegenstand der Arbeit abgedeckte Teil des Gesundheitssystems gering; allerdings kann über die

Behandlung der bzw. das Umgehen mit Prävention, sowohl als eigenes Tätigkeitsfeld als auch als Gemeinschaftsaufgabe unterschiedlicher Professionen oder als in Teilen ausschließliche Aufgabe anderer Berufsgruppenvertreter, sehr wohl auf maßgeblich leitende Motive ärztlichen Handelns, insbesondere der ärztlichen Standesverteter, geschlossen werden, die teilweise mit der von ihnen postulierten Verpflichtung gegenüber dem Gemeinwohl nicht vereinbar sind. Sie machen vielmehr deutlich, daß ökonomische Interessen maßgeblich die Politik der Vertreter des etablierten Gesundheitssystems bestimmen, selbst wenn andere Argumente genannt werden.

In diesem Zusammenhang wird an späterer Stelle dieser Arbeit dargestellt werden, daß unter Propagierung der idealistischen patientenbezogenen Orientierung seitens der Ärzteschaft ein umfassendes und bedarfsgerechtes präventives Leistungsangebot allein in ihrem Kompetenzbereich verlangt wird; daß hinter dieser Orientierung rein ökonomische Interessen stehen, wird durch die Betonung der 'altruistischen ärztlichen Berufsideologie' zwar kaschiert, jedoch daran deutlich, daß ein umfassendes und bedarfsorientiertes Angebot als allein erreichbar über die Reduktion von sich überschneidenden, duplizierenden und zusätzlichen Diensten Dritter und Schließen von Angebotslücken allein durch die Ärzte dargestellt wird, was direkte Auswirkungen auf die Einkommensstruktur im tertiären Sektor nach sich zieht.

Unter Zugrundelegung der Betrachtungsweise des Arztes als 'homo oeconomicus' der Erwerbsgesellschaft anstelle der als Person, die über diesen 'niedrigen Dingen' steht und ihr Leben "dem 'Dienst' am Mitmenschen widmet"¹⁾, wird im Rahmen dieser Arbeit die folgende These überprüft: Die Ärzteschaft interpretiert und entwickelt das Handlungsfeld der Prävention als ärztliches Monopol. Im ursächlichen Zusammenhang hierzu steht weniger die seitens der Ärzteschaft immer wieder propagierte Verpflichtung auf das Gemeinwohl als vielmehr materielles Interesse.

1) Parsons, T.: Die akademischen Berufe und die Sozialstruktur, in: Parsons, T. (Hrsg.): Beiträge zur soziologischen Theorie, Neuwied/Berlin 1964, S. 172

2.1. Fragestellung

Um im politischen Gemeinwesen Probleme lösen zu können, müssen Entscheidungen gefällt werden, durch die wiederum Verhaltensweisen im Gemeinwesen im gewünschten problemorientierten Sinn geordnet werden. Die politikwissenschaftliche Forschung beschäftigte sich zunächst lange Zeit mit der Untersuchung der Voraussetzungen und Merkmale, die den Entscheidungsprozessen zugrundeliegen, wie z.B. dem Einfluß von Wählern, Interessenverbänden etc. auf Parlamente, Regierung und deren Entscheidungen¹⁾. Die tatsächliche Implementations- oder Durchführungsphase wurde bis zu Beginn der 70er Jahre vernachlässigt. Vielmehr wurde von zwei problematischen Annahmen ausgegangen, nämlich

- daß mit der Beschlußfassung über eine Vorgehensweise damit auch alle Fragen des Entscheidungsinhaltes geklärt und
- daß alle hierauf basierenden Durchführungsaktivitäten klar vorgegeben seien.

So wurden die für die Beurteilung des Programmerfolgs wesentlichen und im Rahmen dieser Arbeit für die Hypothesenüberprüfung zentralen Fragen: "Was wird aus einer Entscheidung, einem Programm während des Implementationsprozesses? Stellt das zur Umsetzung anstehende bzw. das gesamte umgesetzte Programm noch die angestrebte zielgerichtete Problemlösung dar?" nicht beantwortet.

Zu einer Umorientierung hinsichtlich des Erkenntnisinteresses kam es solange nicht, wie es fraglich war, ob eine Regierung überhaupt beabsichtigte, Programme mit reformpolitischen Zielsetzungen zu entwickeln und auch umzusetzen. Erst in 1969 trat mit der sozialliberalen Koalition in Bonn die reformpolitische

¹⁾ An dieser Stelle werden die ausschließende Sichtweise und die problematischen Annahmen für den Implementationsprozeß kritisiert, nicht die Betrachtung als solche, die im Rahmen dieser Arbeit einen breiten Raum einnimmt.

Absicht deutlich hervor und fand ihre Ausprägungen in einer Interessenverschiebung von der Analyse politischer Handlungsspielräume bei der Wahl von Politikinhalten auf die Analyse der Implementationsphase hin. Dabei war "es dann vor allem der beobachtete oder antizipierte Mißerfolg von Reformprogrammen, der empirische Untersuchungen der Programmimplementation und der am Ende beobachtbaren Wirkungen motiviert(e)." ¹⁾

Aus den reformpolitischen Bedürfnissen heraus wurde die Implementationsforschung zunächst aus der Gesetzgeberperspektive konzipiert. Hiermit wurde implizit eine hierarchisch bestimmte Implementationsstruktur angenommen.

Die Vorstellungen über das interorganisatorische Arrangement der Träger der Implementationsphase blieben weitgehend der Strukturtypik des öffentlichen Verwaltungssystems und seiner föderativen Ausprägung verhaftet.

Die Implementationsstruktur als die Gesamtheit der mit der Durchführung eines Programms befaßten Verwaltungseinheiten definierte sich demzufolge über die folgenden Implikationen:

- das Vorherrschen öffentlich-administrativer Akteure bei der Implementation von Programmen;
- die Abgrenzung der für den Vollzug Verantwortlichen entlang der vertikal und horizontal gegliederten Entscheidungs- und Kompetenzstrukturen;
- eine hierarchische Strukturierung beim Programmvollzug.

Mit zunehmender Durchdringung der Implementationsproblematik und der Vielfalt des empirischen Anschauungsmaterials zeigte sich jedoch, daß diese Annahmen nicht verallgemeinerungsfähig waren. Selbst für rein administrativ geprägte Handlungssysteme

¹⁾ Mayntz, R. (Hrsg.): Implementation politischer Programme, empirische Forschungsberichte, Königstein/Ts. 1980, S. 2

wurde eine hohe Abhängigkeit der Programmimplementation von Eigeninteressen der Implementeure sowie von der Art und Struktur der Beziehungssysteme, in denen sie standen, konstatiert; die Sichtweise des Programmvollzugs als Ergebnis strikter Autoritätsbeziehungen rückte in den Hintergrund.

Nicht-hierarchische Implementationsstrukturen wurden in empirischen Arbeiten vor allem für den sozialpolitischen Bereich festgestellt, wo die Programmumsetzung über nicht-staatliche Träger erfolgte, die "anders reagieren und anders motiviert werden müssen als staatliche Vollzugsinstanzen."¹⁾ Mit dieser Einsicht rückte auch immer häufiger der Begriff des Netzwerkes und damit die Bedeutung von Interorganisationsbeziehungen im Gegensatz zu einer Gleichsetzung von Implementationsstrukturen und bürokratischer Hierarchie in den Vordergrund der Implementationsforschung. Für die Implementationsstruktur beinhaltet der Paradigmenwandel die folgenden Annahmen, die auch in dieser Untersuchung zugrundegelegt werden:

- Öffentlich-administrative Akteure herrschen bei der Implementation von Programmen nicht vor. Die Implementation ist abhängig von 'gesellschaftlichen' Implementeuren wie beispielsweise privaten Organisationen, Individuen;
- formale und hierarchische Strukturen werden hier durch andere Beziehungsformen relativiert;
- die Akteure der Implementationsstruktur sind zum Teil unabhängig von staatlicher Gestaltungspolitik. Sie verfügen mitunter über einen hohen faktischen und formalen Autonomiestatus.

Die Implementationsstruktur wird damit als ein strukturiertes Aktorensystem definiert, das für die Durchführung eines Programms zuständig ist. Die Akteure sind häufig private Organisationen und Individuen. Das hierüber abgebildete System weist

¹⁾ Mayntz, R: (Hrsg.): Implementation politischer Programme, empirische Forschungsberichte, a.a.O., S. 8

einen hohen internen Differenzierungsgrad auf und ist auf unterschiedlichen Ebenen durch Querverbindungen und Kommunikationsnetze geprägt.

Bei der Programmimplementation werden die einzelnen Akteure auf den verschiedenen Ebenen, in ihren unterschiedlichen Funktionen und Abhängigkeiten sowie im Rahmen und auf der Grundlage ihres Beziehungssystems tätig. Die Beiträge der Akteure können dabei unter dem Aspekt des Programmziels als konform, modifizierend oder umgehend eingestuft werden. Allerdings werden diese Ausprägungen nur deutlich, wenn der Implementationsforschung das umzusetzende Programm zugrundeliegt und nicht allein der Vollzug. Im letzten Fall, so hat die Implementationsforschung gezeigt, ist zwar das Feststellen eines klaren Scheiterns von Programmen relativ selten, denn was in einem solchen Fall als Durchführungsdefizit offen zu Tage tritt, ist nur ein geringer Programmteil; der Rest ist bereits Bestandteil des Programms, das nur in dieser Form die notwendige Akzeptanz findet. Gemessen an den zugrundeliegenden Problemlagen läßt dieses Programm oft nur noch eine suboptimale Zielerreichung zu. Die Analyse des geplanten im Vergleich mit dem implementierten Programm wird diesem Aspekt Rechnung tragen.

Allerdings sollte das Programm nicht zum alleinigen normativen Bezugspunkt der Analyse gemacht werden, denn die mangelhafte Verwirklichung von Programmzielen kann mehrere Bedeutungen haben bzw. Überlegungen hinsichtlich der Fortführung von Programmen erleichtern; sie kann ein Hinweis dafür sein, daß eventuell dem Schaden eines verfehlten Programms vorgebeugt wird, daß bei der Programmformulierung nicht berücksichtigte Interessen nun einbezogen werden, "daß ein Programm an zunächst falsch wahrgenommenen Wertvorstellungen bei den Betroffenen oder Nutznießern nachträglich angepaßt wird oder daß im Interesse der Realisierung des Programms auf einem realistischen Erwartungsniveau besonders hinderliche Regelungen oder Bedingungen negiert werden."¹⁾

¹⁾ Mayntz, R.: Die Implementation politischer Programme, theoretische Überlegungen zu einem neuen Forschungsgebiet, in: Mayntz, R. (Hrsg.): Implementation politischer Programme, empirische Forschungsberichte, a.a.O., S. 240

Letzteres bedeutet natürlich nicht unbedingt, daß ein Programm somit den Anforderungen seitens der endgültigen Zielpopulation am besten entspricht, vielmehr kann es auch beinhalten, daß auf diese Weise ein Kompromiß zustandegekommen ist, der die Problematik beispielsweise aus berufspolitischer Sicht und hier speziell ärztlicher/kammer-/verbandspolitischer Sicht angeht.

Die eingangs zu diesem Kapitel allgemein als Defizit früherer politikwissenschaftlicher Forschungen formulierte Fragestellung wird im folgenden vor dem dargestellten Erkenntnisinteresse, unter Zugrundelegung des Stands der Implementationsforschung sowie des zu implementierenden Programms, wie folgt präzisiert: "Was vollzieht sich (und warum) nach der Programmformulierung, vor seiner endgültigen Umsetzung bei der Zielbevölkerung, bei den Vertretern der Ärzteschaft sowie den Ärzten selbst? Welche Einflüsse hat dieser Prozeß auf den Programmteil für Ärzte sowie das Gesamtprogramm der Kooperativen Prävention? Stellt das zur Durchführung anstehende Programm noch eine zielgerichtete Problemlösung dar?"

Anhand der Beantwortung dieser Fragen soll die vorliegende Arbeit einen Beitrag leisten,

- 1.) die Chancen der Implementation von gesundheitsbezogenen Programmen zu erhöhen, indem die Handlungsspielräume der Implementationsakteure analysiert und in einen Zusammenhang zum Implementationsergebnis gestellt werden;
- 2.) herauszufinden, welcher Implementationsmodus für Gesundheitsprogramme, die im folgenden noch näher beschrieben werden, geeignet ist. Dies geschieht, indem typische Durchführungsschwierigkeiten anhand konkreter Beispiele herausgearbeitet werden.

Die Implementation des ärztlichen Programmteils wird hierbei als Fallstudie zur Überprüfung der bereits dargestellten Hypothese im Zusammenhang mit obiger Zielsetzung und Fragestellung

als Teilprogramm der Kooperativen Prävention und unter Zugrundelegung der Existenz der Kommunalen Prävention sowie unter Berücksichtigung der hieraus resultierenden Wirkungszusammenhänge herangezogen. Im Vordergrund dieser Betrachtung steht eher die Hypothesenprüfung bzgl. des Verhaltens, der Einstellung der niedergelassenen Ärzte selbst. Darüber hinaus werden die Auswirkungen der Aktivitäten von Ärzteorganisationen auf das Gesamtprogramm der Kooperativen Prävention herausgearbeitet, um nach einer Hypothesenüberprüfung auf der Ebene der Interessenvertreter die Reichweite der These sowie die Konsequenzen im Hinblick auf die Zielverfolgung der Studie darzustellen.

Schließlich werden zusätzliche Hypothesen zum Themenkomplex generiert, die in weiteren Untersuchungen einer eingehenden Prüfung unterzogen werden müssen, da nicht davon ausgegangen werden kann, daß allein die hier demonstrierten Beispiele ausreichen, generalisierte Aussagen zu treffen. Sie können vielmehr Anhaltspunkte für den obigen Leistungsanspruch liefern.

2.2. Zentrale Begriffe und implementationstheoretische Zusammenhänge

Der Begriff Implementation bedeutet Ausführung, Erfüllung, Vervollständigung. Implementation vollzieht sich als Prozeß, bei dem unterschiedliche Stadien durchlaufen werden.

In der Implementationsforschung lassen sich drei Zugangswege unterscheiden, die in unterschiedlicher Weise den Gesamtprozeß der Implementation von der Problemidentifizierung bis zur Problemlösung abdecken, die Makroimplementation, die Mesoimplementation sowie die Mikroimplementation.

Bei der Makroimplementation "handelt es sich um einen gesellschaftlichen Prozeß, an dessen Anfang die ... öffentliche Thematisierung sozialer Probleme durch Wissenschaftler oder Betroffene steht und an dessen Ende es um die alltäglichen Auswirkungen der implementierten Problemlösungsprogramme auf die

Situation der Betroffenen geht."¹⁾ Die Mesoimplementation hingegen umfaßt "den Prozeß Programmumsetzung. ... Diese Zugriffsweise der Implementationsforschung ist immer dann notwendig, wenn es ... um die Schaffung und Umorganisation von Einrichtungen geht, die als 'Träger' der Programmausführung ... fungieren."²⁾ Bei der Mikroimplementation handelt es sich ausschließlich um die Programmausführung.³⁾

Wie bei den vorangestellten Definitionen zum Ausdruck kommt, ist das Objekt der Implementation ein Programm, wobei dies, Jann entsprechend, neben der Problemdefinition durch folgende Elemente charakterisiert wird:

- "mit dem Programm angestrebte Ziele
- Annahmen über beabsichtigte Wirkungen und deren Zustandekommen, einen sogenannten Wirkungsteil
- und
- Angaben über die mit der Durchführung des Programms betrauten Institutionen und deren Aufgaben, einen sogenannten Durchführungsteil"⁴⁾.

1) Dahme, H.-J., Grunow, D., Hegner, F.: Aspekte der Implementation sozialpolitischer Anreizprogramme: Zur Überlappung von Programmentwicklung und Programmimplementation am Beispiel der staatlichen Förderprogramme für Sozialstationen, in: Mayntz, R. (Hrsg.): Implementation politischer Programme, empirische Forschungsberichte, a.a.O., S. 158

2) ebenda

3) vgl. ebenda

4) Jann, W.: Kategorien der Policy-Forschung, in: Speyrer Arbeitshefte, 37, Speyer 1981, S. 49

Bevor unter den Punkten 3 und 4 untersucht wird, mit welchen Programmen die Gesundheitspolitik konfrontiert wird, d.h., wie die innerhalb der DHP umzusetzenden Alternativprogramme sowie der Programmteil für Ärzte im einzelnen ausgestaltet sind, erfolgt vor dem Hintergrund einer theorie- und empiriegeleiteten Erörterung des Implementationsprozesses beispielhaft die Darstellung von zwei unterschiedlichen Klassifikationsansätzen von Programmen, die in der Literatur häufig rezipiert werden, und die im Gegensatz zu Ansätzen von Lowi¹⁾ und Offe²⁾ über die Klassifikation von allein politischen Maßnahmen hinausgehen.

Mayntz geht bei ihrer Klassifizierung von einer Instrumententypologie aus. Sie begründet dies wie folgt: "Da Programme unterschiedliche Instrumente kombinieren, z.B. sowohl finanzielle Anreize wie Verbotsnormen enthalten können, ist die analytische Entscheidung auf der Ebene der Instrumente zu treffen."³⁾ So unterscheidet sie drei 'wichtigste Typen', nämlich "(1) die regulative Politik, die Handlungsanforderungen verbindlich festlegt und dabei mit dem Instrumentarium von Geboten, Verboten, Genehmigungspflichten und Strafandrohungen arbeitet; (2) Anreizprogramme (positive oder negative finanzielle Anreize) sowie (3) Leistungsprogramme (unmittelbare staatliche Erstellung von Gütern, persönlichen oder technischen Dienstleistungen)"⁴⁾.

1) Vgl. Lowi, T.J.: Four Systems of Policy, Politics and Choice, in: PAR 1972, S. 298-310

2) Vgl. Offe, C.: Berufsbildungsreform, Frankfurt/M. 1975, S. 85 ff.

3) Mayntz, R. (Hrsg.): Implementation politischer Programme, empirische Forschungsberichte, a.a.O., S. 5

4) Mayntz, R.: Regulative Politik in der Krise? in: Matthes, J. (Hrsg.): Sozialer Wandel in Westeuropa, Verhandlungen des 19. Deutschen Soziologentages in Berlin 1979, Frankfurt/M. 1979, S. 56

Darüber hinaus erwähnt sie Mobilisierungs- und Überzeugungsprogramme sowie prozedurale Regelungen wie das Mitbestimmungsgesetz.¹⁾²⁾

Da es jedoch im Rahmen dieser Arbeit u.a. auch darum geht, Implementationsmodi für Gesundheitsprogramme zu identifizieren bzw. zu entwickeln, wird im folgenden der Ansatz von Windhoff-Héritier zugrundegelegt, der zwischen 'Handlungsprogrammen' und 'Steuerungsmechanismen' unterscheidet. Sie geht dabei von der Hypothese aus, daß "bestimmte Programmtypen tendenziell mit einer spezifischen Art des Programmverlaufs einhergehen und mit typischen Durchführungsproblemen verbunden sind."³⁾

Unter dem Begriff Handlungsprogramme subsumiert sie

1. verhaltensregulierende Programme, nämlich "Regeln, die die sozialen Interaktionen der Bürger untereinander und ihren Umgang mit natürlichen Ressourcen vorschreiben, verbieten oder anregen"⁴⁾,
2. entscheidungsprozedurale Programme, die sich "ausschließlich auf die Frage, wie Entscheidungsmacht verfahrensgemäß erworben und zugeordnet wird"⁵⁾ beziehen sowie

1) Vgl. Mayntz, R.: Regulative Politik in der Krise? in: Mattes, J. (Hrsg.): Sozialer Wandel in Westeuropa, a.a.O., S. 56

2) Vgl. ebenfalls Kaufmann, F.-X.; Rosewitz, B.: Typisierung und Klassifikation politischer Maßnahmen, in: Mayntz, R. (Hrsg.): Implementation politischer Programme II, Ansätze zur Theoriebildung, Opladen 1983, S. 25 ff.; vgl. außerdem Scharpf, F.W.: Interessenlagen der Adressaten und Spielräume der Implementation bei Anreizprogrammen, in: Mayntz, R. (Hrsg.): Implementation politischer Programme II, a.a.O., S. 99-116

3) Windhoff-Héritier, A.: Politikimplementation, Ziel und Wirklichkeit politischer Entscheidungen, Königstein/Ts. 1980, S. 42

4) ebenda, S. 44

5) ebenda, S. 44

3. Leistungsprogramme, nämlich "eine direkte Verteilung von materiellen oder immateriellen Gütern an Bürger sowie umgekehrt die staatlichen Forderungen nach Leistungen seitens der Bürger"1).

In der Realität findet man selten einen Programmtyp allein als Lösungsansatz für 'problematische' gesellschaftliche Zustände. Häufig müssen zunächst Leistungsprogramme implementiert werden, um anschließend verhaltensregulierende Programme²⁾ überhaupt durchführen zu können. So müssen beispielsweise zur Umsetzung des Programms 'ärztliche Gesundheitsberatung' zunächst die personellen Voraussetzungen über einen bestimmten Input, ein Leistungsprogramm, geschaffen werden (Bestandteil der Phase der Mesoimplementation), um dann den Einsatz bzw. die Umsetzung des verhaltensregulierenden Programms zu ermöglichen. Bei dem Leistungsprogramm handelt es sich um das bereits genannte Seminarprogramm. Hierüber soll die Kompetenz zur ärztlichen Gesundheitsberatung, dem endadressatenbezogenen verhaltensregulierenden Programm, geschaffen oder verbessert werden. Neben diesen beiden Programmtypen steht über dem gesamten Interventionsprogramm der entscheidungsprozedurale Programmaspekt, insofern als den verschiedenen Akteuren der Implementationsstruktur des Interventionsprogramms Handlungsbereiche zugeordnet werden, was mitunter konflikträchtig ist und von daher eines Verfahrens bedarf.

Da sich die Fragestellung der vorliegenden Arbeit auf die Phase der Mesoimplementation stützt, d.h. auf sogenannte Leistungs- und entscheidungsprozedurale Programme, sind unter dem Aspekt der Steuermechanismen diese Programme zu analysieren. Der Vollständigkeit halber werden jedoch an dieser Stelle auch die möglichen Steuerungsinstrumente bzgl. verhaltensregulierender Programme angeführt.

1) Windhoff-Héritier, A.: Politikimplementation, a.a.O., S. 44

2) Entsprechend der Definition von Mayntz wären unter verhaltensregulierenden Programmen im Sinne von Windhoff-Héritier Überzeugungsprogramme und unter Leistungsprogrammen Anreizprogramme zu verstehen.

Um das angestrebte Programmziel der Verhaltensregulierung zu erreichen, können unterschiedliche Steuerungsmethoden bzw. Steuerungsmechanismen eingesetzt werden. Windhoff-Héritier unterscheidet dabei nach dem Grad der Verbindlichkeit: Verhaltensgebote, Verhaltensanreize wie Belohnungen vor oder nach erfolgter Programmbefolgung und Verhaltensappelle.¹⁾ Bei verhaltensregulierenden Programmen im Sinne der Kooperativen und Kommunalen Prävention wären allein Verhaltensanreize und Verhaltensappelle sinnvolle und mögliche Steuerungsinstrumente. Dies läßt sich wie folgt begründen: Bei Verhaltensgeboten wird eine Verweigerung der Folgeleistungen mit negativen Sanktionen bedroht - ein Beispiel ist das gesamte Strafrecht. Ein solcher Steuerungsmechanismus wird immer da einzusetzen sein, wo die Ziele der Programmformulierer und die Ziele der Adressaten divergieren und wo eine Durchsetzung der Programmziele dem Schutze des übergeordneten Gemeinwohls dient. Für den einzelnen besteht keine Entscheidungsfreiheit. Hieraus wird bereits deutlich, daß bei Gesundheitsprogrammen, die auf eine individuelle Verhaltensänderung im Hinblick auf die Verhinderung frühzeitiger Herz-Kreislauf-Erkrankung und Mortalität abzielen und letztlich nur das Individuum betreffen, solche Steuerungsmechanismen keine legitime Methode wären; eine entsprechende Vorgehensweise stünde im übrigen im Gegensatz zum verbrieften Selbstbestimmungsrecht des einzelnen²⁾.

1) Vgl. Windhoff-Héritier, A.: Politikimplementation, a.a.O., S. 46

2) Es soll hier nicht diskutiert werden, inwieweit eine Schädigung des Individuums durch eigenes Verhalten letztendlich doch wieder, beispielsweise über Beitragserhöhungen der gesetzlichen Krankenkassen, ein gesellschaftliches Problem darstellt und von daher durchaus den Steuerungsmechanismus des Verhaltensgebotes rechtfertigt. Die hier zu nennende Diskussion über Zuschläge für riskiertes Verhalten wäre eine Reaktion diesen Musters; allerdings sind die Realisierungschancen zur Zeit sehr gering. Anders läge der Fall, wenn ein Gesundheitsprogramm auf die Verhinderung übertragbarer, lebensbedrohlicher Krankheiten ausgerichtet wäre - zum Beispiel Seuchengesetz -, wo also das Gemeinwohl, das unbedingt Vorrang hat, gefährdet wäre.

Bei Verhaltensanreizen hingegen wird versucht, über Belohnungen (materielle Anreize u.ä.) zu bestimmten Handlungen zu motivieren. Dem einzelnen bleibt es dabei überlassen, ob er Folge leistet oder nicht. Sicherlich ist eine Steuerung über Verhaltensanreize nur da möglich, wo die Ziele von Programmformulierer und Adressat identisch sind oder aber über einen hohen Identitätsgrad verfügen. Da Gesundheit gemeinhin als ein erstrebenswertes Ziel interpretiert wird, ist, rein formal gesehen, von einem hohen Identitätsgrad auszugehen, tatsächlich jedoch von einem Auseinanderklaffen, zumal bestimmte 'riskierte' Verhalten häufig als eine Coping-Strategie hinsichtlich des Umgehens mit belastenden Situationen zu werten sind.

Bei Verhaltensappellen werden keinerlei materielle Anreize zur Programmverwirklichung eingesetzt, vielmehr wird versucht, durch 'moral suasion'¹⁾ Einfluß auf einen Bereich zu nehmen, wo man, d.h. der Programmformulierer oder die Administration, keine Regulierungsbefugnis hat, so wie beispielsweise der Staat dem einzelnen nicht diktieren kann, daß und wieviel er abnehmen muß, um nicht mehr 'riskiert' zu sein. Zur erfolgreichen Steuerung eines Programms über Verhaltensappelle ist, wie bei der Steuerung über Verhaltensanreize, eine hohe Übereinstimmung der Ziele des Programms und der Adressaten notwendig.

Leistungsprogramme werden in der Regel durch eine 'durchführende Organisation' implementiert. Bei den Steuerungsmechanismen ist zu unterscheiden zwischen Leistungsanreizen und Leistungsvorschriften,²⁾ wobei die Mechanismen sowohl beim Erbringer als auch beim Adressaten oder bei beiden ansetzen können. Während bei Leistungsvorschriften die Erbringung einer bestimmten Leistung gesetzlich geregelt ist und eine Nichtbefolgung mit Sanktionen geahndet wird, werden Leistungsanreize eher bei Leistungsangeboten, d.h. freiwilligen Leistungen eingesetzt.

1) Vgl. hierzu Hamann, W.: "Moral Suasion" als Steuerungsinstrument zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen, in: Medizin, Mensch, Gesellschaft, 6, 1981, S. 223-229

2) Vgl. Windhoff-Héritier, A.: Politikimplementation, a.a.O., S. 54 ff.

Anreize in diesem Sinne könnten eine finanzielle Entschädigung für erwünschtes Verhalten sein, etwa die Abrechenbarkeit der ärztlichen Gesundheitsberatung über eine entsprechende Abrechnungsziffer, wenn an einem Leistungsangebot partizipiert wurde, d.h. an einer Schulung teilgenommen wurde, oder aber auch die unentgeltliche Ausbildung/Fortbildung zwecks Leistungserbringung. Leistungsvorschriften als Steuerungsinstrument wären im vorliegenden Fall nicht durchsetzbar, da sich die Leistungsprogramme der Studie an freiwillig mitwirkende Trägerorganisationen bzw. Individuen richten, die in ihren Entscheidungen nicht der restriktiven Autorität des Programmformulierers unterworfen sind. Im übrigen sprechen dagegen auch ethische Überlegungen. Es stellt sich nämlich die Frage, inwieweit Freiheitsrechte nicht über die auf diese Weise vorgenommene rechtliche Normierung von Problemen eingeschränkt würden.

Entscheidungsprozedurale Programme schließlich, d.h. "Programme, die die Regelung von Entscheidungsprozessen, also die Normierung von formellen Beteiligungs-, Beratungs- und Informationsansprüchen der Mitglieder einer Organisation gegeneinander zum Gegenstand haben, sind im Regelfall der Normentsprechung selbstimplementierend."¹⁾ Im vorliegenden Fall, wo Aufgabenbereiche zwischen unterschiedlichen Organisationen mit unterschiedlichen Ansprüchen geregelt werden, wo u.U. Normentsprechung für die eine Organisation Normnichtentsprechung für die andere Organisation bedeutet, wird eine Selbstimplementation der Ausnahmefall sein. Eine Steuerung über Zwangsmaßnahmen seitens übergeordneter Instanzen, zum Beispiel einer Koordinationsstelle, würde jedoch ohne Gesetzesgrundlage und aufgrund der Selbstverwaltungsrechte der beteiligten Ärzteschaft unmöglich sein. Von daher können Beteiligungs-, Beratungs- und Informationsansprüche nur in einem Aushandlungsprozeß der Beteiligten festgesetzt werden, wobei dieser Aushandlungsprozeß koordiniert, eventuell strukturiert werden müßte, um Konflikte zu vermeiden und einen Interessenausgleich herzustellen.

¹⁾ Windhoff-Héritier, A.: Politikimplementation, a.a.O., S. 53

Es sei an dieser Stelle festgehalten, daß sich bei der Implementation der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie der Bedarf einer entscheidungsprozeduralen Steuerung auf 2 Ebenen und zeitlich verschoben ergibt. Zum einen ist es der Regelungsbedarf, der aufgrund ärztlicher Interessenvertretung zu Beginn der Mesoimplementation entsteht und auf eine Aushandlung des Rahmens und der Reichweite der ärztlichen Beteiligung zwischen Programmformulierer, Administration und ärztlichen Vertretern abzielt, zum anderen ist es der Koordinierungsbedarf im Verlauf der Studie. Vom Erkenntnisinteresse dieser Arbeit her ist zunächst der erste der genannten Aspekte von Bedeutung, da hier wesentliche Einflüsse auf das Programm festzumachen sind. Inwiefern sich diesbezüglich beispielsweise korporatistische Verhandlungsstrukturen aufbauen lassen, die sich als entscheidungsprozedurales Steuerungsinstrument als sinnvoll und operationabel erweisen, wird im Rahmen der Arbeit an späterer Stelle analysiert. Dabei wird im folgenden unter korporatistischen Verhandlungsstrukturen eine 'Arena' verstanden, in der die am Verhandlungsprozeß beteiligten Gruppen ihre Interessen vertreten und die im Mittelpunkt der Verhandlung stehenden Probleme einer Lösung zuführen, indem es zu gegenseitigen Abstimmungen und Anpassungen kommt. Voraussetzung für die Existenz bzw. das Zustandekommen korporatistischer Strukturen ist eine gewisse Konzentration der Interessengruppen. Wesentlich für den Erfolg ist eine Verhandlungssituation mit dem Charakter eines Nichtnullsummenspiels - und sei es nur in dem Sinne, daß für einige der Beteiligten ein Status quo minus durch die Teilnahme vermieden wird. Daneben werden auch die Handlungsspielräume und Aktivitäten während der Programmumsetzung in der Phase der Mesoimplementation analysiert, da diese den Implementationserfolg des ausgehandelten Programms letztlich bestimmen.

Die Umsetzung der beiden Programme erfolgt im vorliegenden Fall der DHP über multizentrische Aktorensysteme, die Implementationsstrukturen¹⁾, die sich sowohl als formale Regelungs-

1) Vgl. hierzu u.a. Dahme, H.-J., Grunow, D.: Die Implementation persuasiver Programme, in: Mayntz, R. (Hrsg.): Implementation politischer Programme II, a.a.O., S. 117 ff.

und Zuweisungsstrukturen als auch tatsächliche Durchführungsstrukturen verstehen.

Um bei der folgenden Analyse der Mehrdimensionalität der Implementationsstruktur gerecht zu werden, wird im Rahmen dieser Arbeit vertikal und horizontal unterschieden zwischen der Implementationsstruktur im weiteren Sinne sowie der Implementationsstruktur im engeren Sinne.

Unter der Implementationsstruktur im weiteren Sinn werden alle die Akteure verstanden, die politisch mehr oder weniger maßgeblich die Implementationschancen eines definierten Programms verantwortlich bestimmen. Auf der horizontalen Ebene wären dies im Sinne der DHP alle Institutionen, Organisationen und Personen der Öffentlichkeit, die Gewicht hinsichtlich der Umsetzung des Gesamtprogramms der DHP haben, nicht aber unbedingt tatsächlich als Akteure an die Endadressaten herantreten müssen. Vertikal besteht die Implementationsstruktur im weiteren Sinne aus den Institutionen, Organisationen und Personen der Öffentlichkeit, die das Gesamtprogramm aus einer politischen/berufspolitischen Perspektive beurteilen, eventuell reformulieren und hierüber die Implementationschancen, d.h. die tatsächliche Umsetzung durch die Akteure im engeren Sinne beeinflussen. Die Implementationsstruktur im weiteren Sinn wird im Rahmen der Arbeit auch als 'Sozialsystem' bezeichnet. Insofern als die Implementationsstruktur im weiteren Sinn Institutionen, Organisationen/Verbände und Personen mit überregionaler Bedeutung enthält, sind die Implementationsstrukturen der beiden Ansätze partiell deckungsgleich, was zu Zielkonflikten bei der Umsetzung der beiden Ansätze führen kann. Dies gilt vor allem dann, wenn bei zwei eher gegensätzlichen Konzepten ein Ansatz mehr den Interessen der Vertreter der Implementationsstruktur entspricht, jedoch übergeordnete Interessen auch die Unterstützung des anderen Ansatzes nahelegen.

Unter der Implementationsstruktur im engeren Sinn, hier im folgenden als 'Personalsystem' bezeichnet, versteht man auf der horizontalen Ebene alle diejenigen Elemente, die tatsäch-

lich die Programme bei der Zielpopulation einbringen, vertikal gesehen alle diejenigen, die ein bestimmtes Programm umsetzen.

Von dem Begriff der Implementationsstruktur ist der des Problemfeldes abzugrenzen. Hierunter wird der gesellschaftliche Interessenkontext bzw. das Interessenfeld verstanden, in dem Probleme generiert und in Form von Bedarfsartikulationen, Anforderungen oder Unterstützungsleistungen Programmformulierungsprozesse auslösen, die in konkrete Programme übersetzt werden. Das Problemfeld wird ferner durch die strukturellen und organisatorischen Bedingungen gekennzeichnet, die für die Programmumsetzung maßgeblich sind, nicht jedoch zum Programm oder der Implementationsstruktur in ihrer Funktion als Träger gehören.

Während die Begriffe Implementationsstruktur und Problemfeld eher implementationstheoretische Konstrukte darstellen, die sich klar über Programme abgrenzen lassen, handelt es sich schließlich bei Netzwerken¹⁾ um die Beziehungsstrukturen von und zwischen den o.a. Systemen und Subsystemen; der Bestand solcher Netzwerke reicht meist über die Implementationsphase

1) Vgl. u.a. Metcalfe, J.L.: Organizational Strategies and Interorganizational Networks, in: Human Relations, 4, 1976, S. 327-343;
Aiken, M., Hage, J.: Organizational Interdependence and Interorganizational Structure, in: American Sociological Review, 33, 1968, S. 912-930;
Akinode, J.A., Clark, R.O.: A Framework for Analyzing Interorganizational Relationships, in: Human Relations, 29, 1976, S. 101-114;
Levine, S., White, P.: Exchange as a Conceptual Framework for the Study of Interorganizational Relationships, in: Brinkerhoff, M.B., Kunz, P.R. (Hrsg.): Complex Organizations and their Environments, Dubuque, Iowa 1972;
Warren, R.J.: The Concerting of Decisions as a Variable in Organizational Interaction, in: Tuite, M., Chisholm, R., Radner, M. (Hrsg.): Interorganizational Decision Making, Chicago, Illinois 1972;
White, P.E., Levine, S., Vlasak, G.J.: Exchange as a Conceptual Framework for Understanding Interorganizational Relationship: Application to non-profit Organizations, in: Neghandi (Hrsg.): Interorganization Theory, Kent, Ohio 1975 sowie
Wright, D.: Intergovernmental Relations and Policy Choice, Publins, Vol. 5, 1975

hinaus bzw. hat bereits vorher existiert; er ist zum Teil völlig unabhängig von Programmen und den damit verbundenen themenspezifischen Interaktionen. Je nach der Zusammensetzung und den interorganisatorischen/interpersonellen Beziehungen aller am Implementationsprozeß Beteiligten ist zu erwarten, daß Programme auf unterschiedliche Akzeptanz und damit unterschiedlichen Implementationserfolg stoßen. Die jeweiligen Reaktionen stehen dabei in engem Zusammenhang mit den vorliegenden Programmtypen, den mit dem Programm verfolgten Zielen und den damit verbundenen Auswirkungen im zugrundeliegenden System.

2.3. Verflechtung und Einflußfaktoren bei Interventionsprogrammen - Entwicklung eines theoretischen Bezugsrahmens

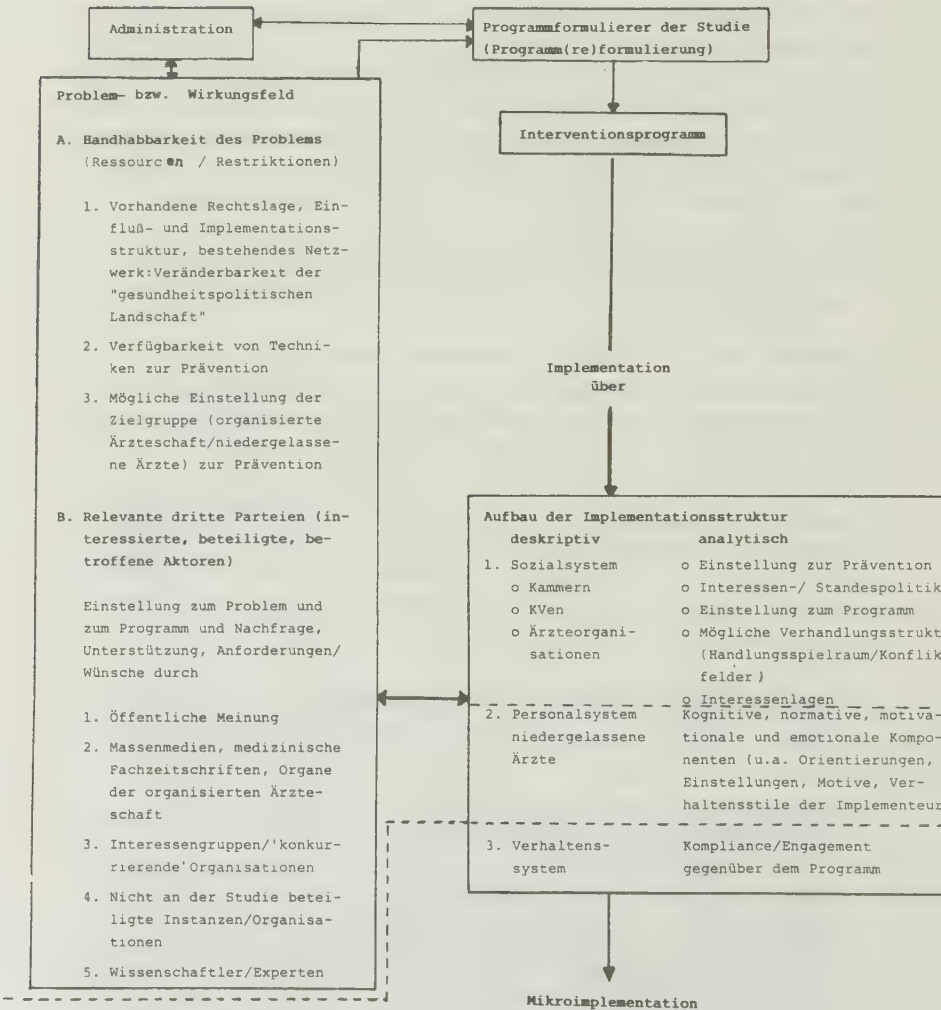
Ausgehend von der zugrundeliegenden Fragestellung sowie der Überprüfung der eingangs aufgestellten Hypothese gilt es, für ein hochkomplexes und hochkontingentes Handlungsfeld, "in dem eine Vielzahl von Akteuren mit (zumindest subjektiv) prinzipiell legitimen Interessen, Orientierungen, Erwartungen, Anforderungen und Unterstützungsleistungen miteinander kommunizieren"¹⁾, ein theoretisch fundiertes und zugleich empirisch gehaltvolles Erklärungsmodell zu entwickeln, das eine Ableitung der verschiedenen, zum Teil vermuteten, Wirkungszusammenhänge ermöglicht.

Das im folgenden dargestellte Variablenmodell²⁾ ist als kybernetischer Regelkreis konzipiert. Es dient als Analyseraster

1) Klaes, L.: Grundlagen zum Design der Prozeßevaluation in der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP), in: DHP-FORUM, 1, 1986, S. 30

2) Vgl. hierzu auch die Ausführungen zu einem ähnlichen Modell: Reimer, F., Kunow, J., Becker, M.: Psychosozialer Dienst Köln. Modellversuch eines ambulanten Fachdienstes zur Sicherung der beruflichen Eingliederung psychisch Behinderter, Köln 1983, S. 23 ff. sowie Klaes, L.: Soziale Benachteiligung und Gesundheitsverhalten, eine Fallstudie zur schichtenspezifischen Nichtinanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, Frankfurt/M. 1985, S. 25. Ein eingeschränkteres Modell wird dargestellt von: Sabatier, P.A., Mazmanian, D.A.: The Implementation of Public Policy, a Framework of Analysis, in: Mazmanian, D.A., Sabatier, P.A. (Hrsg.): Effective Policy Implementation, Lexington (Mass.)/ Toronto 1981

Abb. 1: Implementation im systemtheoretischen Modell
- Verflechtung und Einflußfaktoren bei
Interventionsprogrammen -



und als deskriptives Erfassungsschema, in dem Faktoren wie 'beteiligte, betroffene oder interessierte Akteure', 'vorhandene Rechtslage' und sonstige Bedingungen, die das interventive Programm der Kooperativen Prävention und das ärztliche Fortbildungsprogramm in seiner Problemgenese, Definition, Gestaltung und Umsetzung prägen, verortet werden (vgl. Abb. 1, S. 30).

Das Modell beansprucht, Verknüpfungen zwischen den einzelnen Faktoren bzw. Blöcken von Faktoren/Variablen aufzuzeigen, die Aussagen über Wirkungs- und Abhängigkeitsbeziehungen bzw. Steuerungs- und Bedingungsverhältnisse erlauben. Dabei wird nicht immer ein strenger und zugleich identifizierbarer Ursachen-Wirkungszusammenhang erkannt werden können, der Aussagen nach dem Muster 'Wenn A - dann B' zuläßt. Vielmehr werden viele Ergebnisse nur auf dem Niveau plausibler Annahmen oder im Sinne einer komplexen Abhängigkeits- und Wirkungsstruktur möglich sein, ohne daß eine genauere Bestimmung der Stärke und der Art einzelner Zusammenhänge möglich ist. Es wird nicht ausgeschlossen, daß noch andere, hier nicht angeführte Einflußfaktoren, Wirkungs- und Abhängigkeitszusammenhänge, existieren. Jedoch bringt die triviale Erkenntnis, daß alles mit allem verbunden ist, weder theoretische Befriedigung noch empirischen Gewinn. Selbstverständlich ließe sich Abbildung 1 als schematische Darstellung der sozialen Wirklichkeit der Implementation von interventiven Programmen weiter verfeinern und ausweiten. Allerdings würde dies letztendlich das Modell bis zur Unlesbarkeit vorantreiben. Dem Anspruch, Analyseraster und schließlich Entscheidungshilfe bei der zugrundeliegenden Fragestellung zu sein, würde hiermit jedoch kaum noch Rechnung getragen. Diesbezüglich bedarf es einer Reduktion des komplexen Geschehens auf eine überschaubare, empirisch haltbare Auswahl von Faktoren/Variablen.

Das Modell in Abb. 1 verdeutlicht, daß innerhalb der Implementation nicht von einem geregelten Ablauf gesprochen werden kann. So können beispielsweise durchaus in der Phase des Auf-

baus der Implementationsstruktur Interessenkonflikte aufbrechen, wodurch sich die Bedingungen der Programmumsetzung ändern und hierüber zu einer Umformulierung des Programms führen. Inwieweit das Programm dann immer noch als Problemlösungsansatz zu sehen ist, müßte im Einzelfall überprüft werden.

Das Problem- bzw. Wirkungsfeld, dargestellt im linken Block des Modells, ist als Handlungs- bzw. Leistungsfeld des Problemlösungsprozesses zu verstehen. Es enthält zum einen die Bedingungen und Strukturen, die die Problemsituationen kennzeichnen sowie zum anderen Aktoren, bzw. Faktoren, die den Erfolg des ärztlichen Programmtails und darüber hinaus des Gesamtprogramms bzw. des Gesamtprogramms, losgelöst vom Teilprogramm, aus der ärztlichen berufspolitischen Perspektive direkt beeinflussen. Unter anderem sind hier Elemente der Implementationsstruktur im weiteren und im engeren Sinne, sowohl bezogen auf die Kooperative als auch Kommunale Prävention, enthalten, jedoch nicht als Träger eines konkreten Programms, vielmehr als externe Einflußfaktoren.

Auswirkungen entsprechend den bereits dargestellten Motiven ärztlichen Handelns sind implizit durch das Modell abbildbar, insofern als mögliche Einflüsse von freien Ärzteverbänden, Bundesärztekammer und Landesärztekammern sowie Kassenärztlichen Vereinigungen (potentielle Träger der Implementationsstruktur im weiteren Sinne) und den niedergelassenen Ärzten hierin Berücksichtigung finden. So wie ein bereits existierendes präventives Interventionsangebot ein zu entwickelndes Programm beeinflußt bzw. ein bereits entwickeltes Angebot zu 'reformulieren' vermag, gehen ähnliche Effekte von den Einstellungen der Adressaten bzw. deren Interessenvertretern aus. Ansprüche, allein für die Prävention zuständig zu sein sowie mangelnde Kooperationsneigung, oft Ausprägung dieses Anspruches, führen meist dann zur Ablehnung von Programmen, wenn letztere in ihrer Erfüllung auf andere Berufsgruppen ausgerichtet sind, selbst wenn diese Orientierung allein kompensatorischen Charakter hat. Die vorhandene Rechtslage, hier ins-

besondere das Recht auf ärztliche Selbstverwaltung sowie die vorhandene Implementationsstruktur, die sich auf ein tradiertes Netzwerk stützt, und in der sich eine 'Kultur oder Tradition eines interorganisatorischen Systems' herausgebildet hat, die mit bestimmten, oft standardisierten Entscheidungsmustern aus einer bestimmten Problemsicht heraus mit bestimmten Lösungsansätzen reagiert, sind gegenüber neuen Programmen oft sehr resistent, zumal wenn diese Unsicherheitsängste bzw. Domänenkonflikte hervorrufen. All dies hat direkte Einflüsse auf den Aufbau der Implementationsstruktur, wie der Abbildung zu entnehmen ist.

Wird darüber hinaus durch entsprechende Programme die finanzielle Situation der Ärzte berührt, sei es, daß in ihrem Rahmen durchgeführte Maßnahmen im bestehenden Abrechnungssystem nicht adäquat berücksichtigt werden, sei es, daß andere Berufsgruppen an einem fest vorgegebenen Etat partizipieren, ist zu vermuten, daß sich die Ärzteschaft ebenfalls solchen Programmen gegenüber resistent erweisen wird.

Ein weiterer wichtiger Faktor, der den Programmerfolg beeinflusst, ist das Meinungsklima zu dem Programm. Wird beispielsweise generell für die Ärzteschaft eine Ablehnung der Problemlösung zu verzeichnen sein, wird eine bestehende Ablehnung in der Öffentlichkeit durch mangelnde oder andersgeartete Nachfrage dazu beizutragen, daß das Verhalten der Ärzte erhärtet wird. Umgekehrt kann eine Nachfrage nach bestimmten gesundheitlichen Maßnahmen, beispielsweise durch politische Parteien im Sinne von Kostenersparnissen im Rahmen des Kostendämpfungsgesetzes, zu einer Aufweichung erhärteter Strukturen führen, jedoch auch zu heftigen Diskussionen mit einer Verfestigung der Strukturen zur Verteidigung des Status quo. Wesentlich für die Reaktion wird die Sensibilisierung der Ärzteschaft durch ihre Interessenvertreter sein.

Weiterhin kann der Einfluß von Interessengruppen und Massenmedien dazu führen, daß sich um das im Mittelpunkt stehende Problem unterschiedliche Anbieter von Lösungen gruppieren, bei denen aufgrund medialer Aktionen eine gezielte Nachfrage entsteht, so daß die Ärzteschaft nicht mehr alleiniger Anbieter

eines umfassenden, bedarfsgerechten, gesundheitsbezogenen Leistungsangebotes ist¹⁾). Vielmehr treten eventuell andere Berufsgruppen mit ihrer Leistung kompensatorisch bzw. alternativ hinzu, was zu Konflikten und letztendlich zur Ablehnung des entsprechenden Programms/ Programmteiles bzw. zur Reformulierung führen kann.

Weitere Auswirkungen werden anhand der tatsächlichen Programmumsetzung unter Punkt 5 beschrieben.

Unter der Kategorie 'Aufbau der Implementationsstruktur' sind alle die Akteure zu verorten, denen die einzelnen Aktivitäten der Kooperativen Prävention und des Programmteils für Ärzte nahegebracht und schließlich zur Durchführung übertragen werden sollen (Implementationsträger/ Implementationsstruktur)²⁾. Wichtig für die Dokumentation von Stabilität und Kontinuität der Implementation ist hier die Unterscheidung nach Systemebenen, nämlich Sozialsystem (Implementationsstruktur im weiteren Sinn), Personalsystem (Implementationsstruktur im engeren Sinn) und Verhaltenssystem sowie die Analyse der unterschiedlichen Einstellungen, Motive (vgl. die Analysedimensionen) auf

-
- 1) Diesbezüglich stellt Schipperges fest, daß gerade "angesichts der organisatorischen Struktur der Berufe im Gesundheitswesen wie auch im Hinblick auf die Bedürfnisse des Patienten ... (sich) in der Kompetenzverteilung mehr und mehr Schwerpunkte bilden (werden), die notwendig zu Überschneidungen führen und sicher auch "Grauzonen" erkennbar machen, in denen scharfe Abgrenzungen kaum noch möglich sind, weil sowohl die Vertreter des einen wie auch des anderen Berufes qualifiziert wären, die jeweils geforderte Tätigkeit zu verrichten." Schipperges, H.: Entwicklungen und Tendenzen der Berufe im Gesundheitswesen, in: Quintessenz, Impulse, Zeitschrift für Communication & Praxismanagement, a.a.O., S. 9
 - 2) Die Vertreter der Implementationsstruktur sind, wie bereits dargestellt, auch über das Problemumfeld abgebildet, und zwar in ihrer Funktion als Gruppe, die das Programm als Externer inhaltlich beeinflusst. An dieser Stelle wird auf die Umsetzung abgezielt. Diese rein analytische Trennung innerhalb der Implementationsstruktur ermöglicht eine gezielte Beantwortung der Fragestellungen.

diesen Ebenen. Erst wenn das Programm auf allen diesen Ebenen toleriert, akzeptiert, und umgesetzt wird, kann von einer Implementation gesprochen werden.

Angenommen, auf der Ebene des Sozialsystems wie z.B. regionale Ärztekammern, Kassenärztliche Vereinigungen oder Krankenkassen wird das Gesamtprogramm unterstützt, so ist dies in den meisten Fällen eine Voraussetzung für den Vollzug des Arztprogramms, bedeutet jedoch nicht, daß auch die vor Ort tätigen Ärzte (Ebene des Personalsystems) die Ziele der Kooperativen Prävention zu ihren eigenen machen und über entsprechende Orientierungen, Einstellungen und Bewertungen verankern, und daß damit die Mesoimplementation des Teilprogramms, d.h. der Aufbau der Implementationsstruktur vollzogen wäre. Selbst wenn dies gelungen wäre, bedeutet dies nicht, daß die Ärzte die ihnen im Rahmen des Programms zugewiesenen Aufgaben (die Mikroimplementation) auch in der täglichen Praxis umsetzen (Ebene des Verhaltenssystems), sei es, daß die Aufgabenerfüllung zu zeitaufwendig ist, die entsprechende Honorierung fehlt oder aber daß sich im Laufe der Zeit für den einzelnen Arzt aufgrund eigener evaluativer Kriterien herausstellt, daß das Programm nicht effektiv ist.

Der letzte Aspekt, die Mikroimplementation, d.h. die Umsetzung des in der Mesoimplementation verankerten Programms bei den Endadressaten, ist in Abbildung 1 nur andeutungsweise berücksichtigt. Dies liegt nicht darin begründet, daß das Modell hier seine Grenzen hätte - eine Berücksichtigung wäre in einem entsprechend erweiterten Kreislaufmodell unproblematisch -, vielmehr erfolgt die Reduktion vor dem Hintergrund des Gegenstandes dieser Arbeit.

Die folgende Analyse setzt bei der Formulierung der Gesamtstudie in Form des Studienhandbuches der Kooperativen Prävention an. Um den Mesoimplementationsprozeß zu erhellen, werden darüber hinaus, so weit wie möglich und sinnvoll, Aspekte der Problemgenese und Programmentwicklung, vor allem bzgl. des ärztlichen Fortbildungsprogramms, dargestellt.

Programmimplementation über Einschaltung einer nicht-staatlichen Implementationsstruktur spielt sich auf unterschiedlichen Ebenen und zwischen verschiedenen Organisationen bzw. Akteuren ab. Zu Beginn und während des Implementationsprozesses, der, wie erläutert, in einem bestehenden Beziehungs- und Handlungssystem (Netzwerk) stattfindet, werden Entscheidungen hinsichtlich des Programms seitens aller potentieller Akteure der Implementationsstruktur getroffen. Bedeutsam für die tatsächlich getroffenen Entscheidungen sind die Zielsetzungen der Akteure bzw. der durch sie verkörperten Organisationen, reflektiert im Domäneninteresse, ihre Einstellung zum Problem und zum Programm, ihre Stellung zu und ihr Einfluß auf Programmformulierer und Administration, die Beziehungen zwischen diesen Organisationen selbst und zwischen ihnen, der Administration und dem Programmformulierer sowie der Handlungsrahmen bei ihrer Entscheidungsfällung (vgl. auch Abb. 1). Die Prämissen der Theorie des interorganisatorischen Verhaltens sowie korporatistischer Verhandlungssysteme der Sozialpolitik¹⁾ stellen dem hier zugrundeliegenden Ansatz der Implementationsforschung bei der weiteren Analyse wichtige Zugangswege zur Problemlösung zur Verfügung²⁾.

Da jedoch zwischen dem formulierten Programm und dem tatsächlich durchgeführten Programm, wie an vorangegangener Stelle hervorgehoben, oftmals eine Diskrepanz besteht, wird ebenfalls untersucht, was aus einem vorgegebenen Programm wird, sobald es der Öffentlichkeit, im vorliegenden Fall insbesondere der Ärzteschaft auf ihren unterschiedlichen Ebenen und in ihrer Funktion als Implementeure, vorgestellt wird. Es wird analysiert, ob das Programm als Gesamtprogramm im allgemeinen und als ärztliches Teilprogramm im speziellen allen Anforderungen

1) Vgl. hierzu v. Alemann, U. (Hrsg.): Neokorporatismus, Frankfurt/New York 1981

2) Vgl. auch: Grunow, D.: Interorganisationsbeziehungen im Implementationsfeld und ihre Auswirkungen auf die Umsetzung und Zielerreichung politischer Programme, in: Mayntz, R. (Hrsg.): Implementation politischer Programme II, a.a.O., S. 142 ff.

von außen standhält oder ob es in Punkten oder insgesamt neu formuliert wird. Bei dieser Fragestellung leistet die Prozeß-evaluation einen Beitrag besonderer Bedeutung zur Implementationsforschung¹⁾.

Die unterschiedlichen Theorien und Forschungsansätze erlauben es, sich den gestellten Fragen an den Implementationsprozeß des Fortbildungsprogramms für Ärzte sowie des Programms der Kooperativen Prävention zu nähern und dem eingangs dargestellten Anliegen gerecht zu werden.

2.4. Methodische Anlage der Untersuchung

Im Mittelpunkt der Analyse stehen die Implementation des Programmteils für Ärzte sowie die Auswirkungen ärztlicher Interessen- und Standespolitik auf das gesamte gesundheitsbezogene präventive Interventionsprogramm der Kooperativen Prävention. Unter der zugrundeliegenden Fragestellung sollen der Implementationsprozeß, hier abgebildet als Variablenmodell in Form eines kybernetischen Regelkreises (Abb. 1), erhellt und darüber die zukünftigen Chancen der Implementation von entsprechenden Programmen erhöht werden. Das heißt jedoch, daß es darum geht, eine möglichst weitreichende Analyse von Gründen für die Unterstützung, Ablehnung, Korrekturwünsche etc. des Gesamt- und/oder Teilprogramms seitens der Ärzteschaft durchzuführen. Dabei wird beabsichtigt, eine möglichst umfassende Faktoren-/Variablenauswahl daraufhin zu prüfen, ob sie ein entsprechendes Verhalten begründet.

Wie bereits dargestellt, ist das zugrundeliegende Problem sehr vielschichtig. Es wird auf unterschiedlichen Ebenen unter Berücksichtigung differenzierter Erlebnishorizonte, berufspolitischer und persönlicher Vorstellungen vor dem Hintergrund einer kurativ geprägten Implementationsstruktur diskutiert und behandelt.

¹⁾ Vgl. u.a.: Bardach, E.: The Implementation Game: What happens after a Bill becomes Law? Cambridge (Mass.) 1977

Zur Analyse wird mit einem Mehrmethodenansatz gearbeitet. Dabei werden die im folgenden aufgeführten Schritte durchgeführt:

- (a) Analyse von Verlautbarungen/Stellungnahmen zur Studie,
- (b) Analyse eines umfassenden Schriftverkehrs zur Studie zwischen ärztlichen Funktionsträgern, Studiengruppe, Administration,
- (c) Analyse von Artikeln seitens wichtiger Träger der Implementationsstruktur in ärztlichen/medizinischen/berufspolitischen Zeitschriften,
- (d) Analyse von Vereinbarungen zwischen Studienzentren und Ärzteschaft,
- (e) standardisierter Fragebogen zur Beurteilung des Seminarprogramms aus der Sicht der Teilnehmer, unter anderem unter den Aspekten: Möglichkeit der Einbindung der Gesprächstechniken in den Praxisalltag; Schwierigkeiten ihrer Integration; Möglichkeit der Überwindung dieser Schwierigkeiten; Verankerung der Themen Gesundheitsberatung und Prävention in der Aus-, Weiter- und Fortbildung für Mediziner,
- (f) persönliche Gespräche bzw. Diskussionsrunden mit den Funktionären der Ärzteschaft.

Beginn der Analyse ist dabei nicht der Bewilligungszeitpunkt der Kooperativen Prävention sondern der Zeitpunkt, an dem das Studienhandbuch der Kooperativen Prävention fertiggestellt wurde.

Die Auswertung der Fragebogen geschieht durch Auszählen der Antworten und Inhaltsanalysen der offenen Fragen. Die Auswertung der übrigen Materialien erfolgt ebenfalls über Inhaltsanalysen.

An dieser Stelle sei angemerkt, daß Fragestellung und Methodenauswahl zu hauptsächlich rein qualitativen Informationen geführt haben, die sich einer rechnergestützten Auswertung entziehen. Die Einschätzung der Bedeutung dieser Informationen zur Stützung des Variablenmodells basiert nicht auf allgemein verbindlichen, methodisch abgesicherten Regeln, sondern erfolgt nach inhaltlichen Kriterien, indem ein Sinnzusammenhang zur ärztlichen Standes- und Interessenpolitik im historischen Prozeß hergestellt wird.

Bevor die hier dargestellte Auswertung in Kapitel 5 erfolgt, werden das Programm der Kooperativen sowie das Programm der Kommunalen Prävention und der Programmteil für Ärzte als Element der Kooperativen Prävention beschrieben. Während die beiden Alternativprogramme als Ergebnisdarstellung vorgestellt werden, gehen in die Darstellung des Teilprogramms für Ärzte auch Aspekte der Programmentwicklung, hier eine Analyse der Implementationsstruktur und des Problemfeldes, mit ein, da wesentlichen Ergebnissen der Mescoimplementation hierüber ein Stellenwert zugeordnet werden kann.

3. Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie

Zur Beschreibung der beiden Alternativprogramme der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie wird analog der Definition von Jann vorgegangen. Während Ziele und Annahmen über beabsichtigte Wirkungen in einer groben Annäherung fast identisch sind und von daher gemeinsam dargestellt werden, treten die Hauptunterschiede in ihrem Durchführungsteil, d.h. den 'Angaben über die mit der Durchführung des Programms betrauten Institutionen und deren Aufgaben' deutlich hervor. Auf diesen Programmaspekt wird durch separate Darstellung eingegangen.

Hauptziel der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie¹⁾ ist es, über Maßnahmen der primären Prävention hinsichtlich der Risikofaktoren Rauchen, Ernährungsfehler (einschließlich Alkohol), Streß, Bluthochdruck, Bewegungsarmut, Übergewicht und Diabetes mellitus die Sterblichkeit an Herz-Kreislauf-Krankheiten statistisch nachweisbar zu senken²⁾.

Diese Zielsetzung ist, bezogen auf die Zielbevölkerung, dahingehend operationalisiert, daß eine Motivierung und Befähigung zur Veränderung von Gesundheitsverhalten und Belastungssituationen unter Berücksichtigung der individuellen Verantwortung und der sozialen Bedingungen erreicht werden soll.

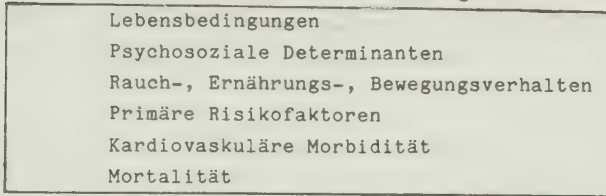
Basis der Maßnahmen ist das als epidemiologisch abgesichert geltende Risikofaktorenkonzept (Abb 2).

1) Vgl. hierzu auch: Kreuter, H.: Mit Gesundheitserziehung gegen "Killer Nr. 1", in: Der Deutsche Arzt, Heft 3, 1984, S. 20-22;

Greiser, E.: Möglichkeiten und Probleme von multifaktoriellen Interventionsstudien im Bereich der Herz-Kreislaufkrankheiten, in: Der Internist, Heft 21, 1980, S. 430-436

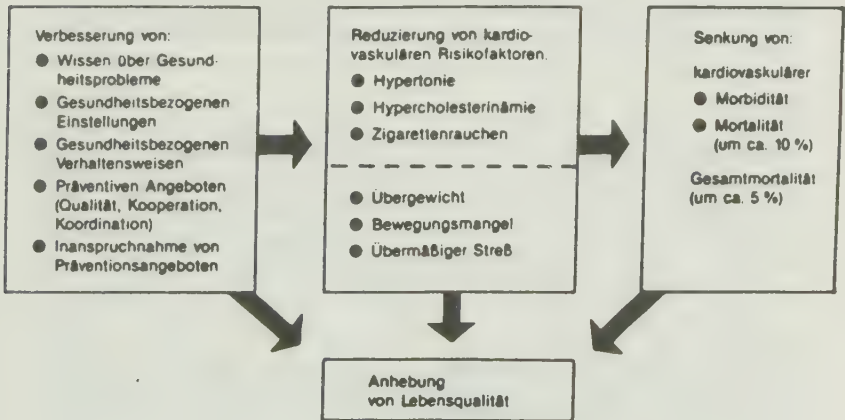
2) Diese Senkung soll bei den 26- bis 69jährigen Frauen und Männern, verglichen mit der Sterblichkeit der gesamten bundesrepublikanischen Bevölkerung, zusammengekommen 10% betragen. Siehe hierzu auch: Helmert, U.: Epidemiologische und soziologische Befunde zur Prävention von koronaren Herzkrankheiten, Bremen 1985

Abb. 2: Angenommene pathogenetische Kette¹⁾
der Herz-Kreislauf-Erkrankungen



Unter Zugrundelegung der pathogenetischen Kette wird - sehr vereinfacht und lückenhaft - der folgende Wirkungszusammenhang angenommen:

Abb. 3: Angenommener Wirkungszusammenhang unter Zugrundelegung der erweiterten pathogenetischen Kette



¹⁾ Die hier zugrundegelegte pathogenetische Kette geht über das rein medizinisch orientierte Risikofaktorenkonzept hinaus. Sie ist erweitert um die Lebensbedingungen und psychosozialen Determinanten, da diese nach den Ergebnissen zahlreicher Untersuchungen als verhaltensbeeinflussend gelten. Vgl. hierzu u.a. Friedman, D.G.: Primer of Epidemiology, New York 1980; Schäfer, K., Blohmke, E.: Herzkrank durch psychosozialen Streß, Heidelberg 1970 sowie Korporal, J., Zink, A.: Zur theoretischen und empirischen Fundierung des Konzeptes der Risikofaktoren koronarer Herzkrankheiten, in: Abholz, H.-H. u.a. (Hrsg.): Risikofaktorenmedizin, Konzept und Kontroverse, Berlin 1982

Abbildung 3 liegen u.a. auch die Erkenntnisse in- und ausländischer Erfahrungen zugrunde, die belegen, daß die alleinige Information über Gesundheitsrisiken zur Verhaltensänderung und damit zur Reduktion der Risikofaktoren nicht ausreicht.¹⁾

Neben der Information sind die Beratung und die Vermittlung der Fähigkeiten zur Verhaltensänderung z.B. über Ärzte notwendig sowie darüber hinaus die Bereitstellung entsprechender Angebote, die erst eine veränderte Verhaltensweise ermöglichen, wie beispielsweise das Angebot fettarmer Wurst, salzreduzierter Lebensmittel etc..²⁾

Bei der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie handelt es sich um zwei divergierende gemeindebezogene Interventionsansätze, die, aufbauend auf Untersuchungen zum Lebensstilkonzept, zum Lebenslagenkonzept³⁾ und zur Bedeutung gesellschaftlicher Unterstützung⁴⁾, auf die Bevölkerung abgrenzbarer Ge-

-
- 1) Vgl. hierzu u.a.: Carleton, R.A.: The Pawtucket Heart Health Program, National Heart, Lung and Blood Institute, 1980; Basler, H.-D.: Individuelle Prävention, Programme zur Modifikation risikoträchtigen Verhaltens, in: Die Ortskrankenkasse, Nr. 59, 1977, S. 74-83; Ratschko, K.W.: Übersicht über Methoden der Gesundheitserziehung, in: Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung: Gesundheitserziehung von A-Z, Handbuch in Loseblattform, Bonn 1980; Deppe, H.-U.: Medizinische Soziologie - Aspekte einer neuen Wissenschaft, Frankfurt/M. 1978
 - 2) Vgl. hierzu: WHO-Herz-Kreislauf-Vorsorgeprojekt in Eberbach/Wiesloch, Teilprojekt: Suche nach Interventionsmethoden, Interventionsbeschreibung für 1979-1980, unveröffentlichtes Manuskript, ohne Autor, o.O., o.J.
 - 3) Vgl. Weisser, G.: "Lebensqualität" als politisches Postulat, in: WSI-Mitteilungen, 27. Jg., 1974
 - 4) Vgl. Badura, B.: Zur sozialepidemiologischen Bedeutung sozialer Bindungen und Unterstützung, in: Badura, B. (Hrsg.): Soziale Unterstützung und chronische Krankheit, Frankfurt/M. 1981, S. 13 - 39 sowie Hayes, S.G., Levine, S., Scotch, N., Feinleib, M., Kennel, W.P.: The Relationship of Psychosocial Factors to Coronary Heart Disease in the Framingham Study, in: American Journal of Epidemiology, 107(5)/1978, S. 362 - 383

meinden¹⁾ angewandt werden.

Die Kooperative Prävention wird in vier verschiedenen Regionen der Bundesrepublik Deutschland durchgeführt, in Berlin-Spandau, in Teilen von Bremen und Stuttgart²⁾ sowie im Kreis Traunstein, die Kommunale Prävention in drei Regionen, in Karlsruhe, Bruchsal und Mosbach. Die Vorgehensweise, unterschiedliche Regionen einzubeziehen, liegt u.a. in der Forderung der Administration/des BMFT nach Generalisierbarkeit von Methoden und Ergebnissen begründet. Die Studienbevölkerung sollte unter Zugrundelegung der Kriterien

- Stadt/Land
- Nord/Süd-Gefälle
- Industriebesatz

so gewählt werden, daß sie in ihrer Zusammensetzung möglichst typische Teilbevölkerungen aus allen Regionen der Bundesrepublik Deutschland enthält und insgesamt die Bundesrepublik abbildet.

Während dies für den Ansatz der Kooperativen Prävention für sich allein gewährleistet ist, geht beim Ansatz der Kommunalen Prävention das Kriterium Nord-Süd-Gefälle nicht ein, was letztlich darauf zurückzuführen ist, daß ursprünglich bei der Planung von einem Ansatz ausgegangen wurde und die Kommunale Prävention eher aus politischen Gründen gefördert wurde.

Organisatorisch ist für jede der Studienregionen der Kooperativen Prävention je ein Projektleiter der Vorstudienphase verantwortlich, für die Regionen der Kommunalen Prävention insgesamt ein Projektleiter. Die Projektleiter sind identisch mit den Programmformulierern der Kooperativen Prävention sowie dem Befürworter der Kommunalen Prävention im Rahmen der DHP. Die

1) Siehe hierzu ausführlich:
Farquhar, J.W.: The Community-Based-Model of Lifestyle Intervention Trials, in: American Journal of Epidemiology, 106/1978, S. 103 - 111

2) Zu Beginn der Studie war beabsichtigt, die Studie statt in Stuttgart in Mannheim/Weinheim durchzuführen. Allerdings mußte aufgrund von Schwierigkeiten (vgl. Punkt 5.1.) auf Stuttgart ausgewichen werden.

Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie wird von einer Koordinationsstelle, dem Wissenschaftlichen Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD) e.V., gesteuert¹⁾, das gleichzeitig auch für die Durchführung des ärztlichen Programnteils verantwortlich ist.

Im folgenden werden die Durchführungsteile der Kooperativen Prävention und der Kommunalen Prävention dargestellt. Zur näheren Beschreibung wird unter dem Aspekt des der Analyse zugrundeliegenden Teils der Makroimplementation, nämlich der Mesoimplementation, nach den Phasen Meso- und Mikroimplementation gegliedert.

3.1. Kooperative Prävention

In der Kooperativen Prävention werden Ärzte, Lehrer, Arzthelferinnen, Apotheker, Ernährungsfachkräfte etc., also Mitglieder der Gemeinde, die im weitesten Sinne im Gesundheitsbereich tätig sind, zur Mitwirkung als sog. Multiplikatoren motiviert und diesbezüglich geschult bzw. fortgebildet. Dabei stehen die einzelnen Multiplikatoren nicht in einem Abhängigkeitsverhältnis zu einer bestimmten Berufsgruppe, z.B. der Ärzteschaft, vielmehr erfolgt die Koordination in einem hierfür einzurichtenden Arbeitskreis. Die interventiven Tätigkeiten bedürfen nur dort einer ausdrücklichen Billigung der Ärzteschaft, wo Ärzte direkt involviert sind oder wo es sich um Maßnahmen handelt, die im streng medizinischen Bereich liegen.

Das Programm der Kooperativen Prävention ist vornehmlich für den Bereich der Mesoimplementation operationalisiert, während die Mikroimplementation, die eigentliche Programmumsetzung, eher vage umschrieben ist.

1) Die Steuerung bezieht sich auf die Koordination zwischen den beiden Ansätzen im Hinblick auf die vergleichende Analyse sowie beim Ansatz der Kooperativen Prävention auf die gleichmäßige Durchführung von Intervention und Evaluation in den vier Studienregionen.

3.1.1. Programmteil der Mesoimplementation

Um in der Phase der Mikroimplementation das verhaltensregulierende Programm der Kooperativen Prävention umsetzen zu können, muß zunächst die Implementationsstruktur aufgebaut werden. Dies geschieht zum Teil über Schaffung neuer Elemente, die in die Implementationsstruktur eingehen, zum Teil über Motivierung, Gewinnung und Schulung/Fortbildung bereits existierender Träger für die Programmumsetzung, d.h. Fortbildung bzw. Schulung der oben genannten Multiplikatoren (Leistungsprogramme). Initiatoren dieser Aktivitäten sind die an der Studie beteiligten Wissenschaftler.

Da es sich um eine gemeindezentrierte Studie handelt, werden von daher auch die einzubeziehenden Akteure örtlich/räumlich möglichst begrenzt. Mit anderen Worten: es werden größtenteils die Organisationen, Institutionen, Gruppierungen, Personen informiert und motiviert, die in den gemeindlichen Rahmen gehören und dort ihre Funktion im Bereich der Gesundheit im weitesten Sinne haben.¹⁾ Dabei sind nicht unbedingt alle möglichen Implementationsträger von Anfang an in die Studie einplanbar. Sicherlich werden sich weitere Träger aufgrund ablaufender Prozesse in den Regionen als essentiell erweisen.

Da eine so konzipierte Implementationsstruktur aus sehr vielen unterschiedlichen Strukturelementen besteht, ist unbedingt die

1) Je nach Organisations- und Zentralisationsgrad werden, entsprechend ihrer Bedeutung, auch Träger einbezogen, die den gemeindlichen Rahmen in ihrem Geltungsbereich sprengen. Vor allem ist hier zu berücksichtigen, daß sich die Implementationsstruktur auf unterschiedlichen Systemebenen darstellt, nämlich auf der Ebene des Sozialsystems sowie der des Personalsystems.

Während die Ebene des Sozialsystems eher den Rahmen auf breiter 'übergemeindlicher' Basis für die Trägerschaft/Struktur sichert, sei es durch Rahmenabkommen oder stillschweigende Toleranz, und damit auch eventuell gemeindeübergreifende Signale setzt, stellt die Ebene des Personalsystems eher die gemeindezentrierte, personell, individuell feststellbare Trägerschaft (durch die Akteure bei der Mikroimplementation) dar, der bei der tatsächlichen Programmumsetzung das Hauptinteresse zukommt.

Koordination der einzelnen Akteure, sowohl innerhalb der Vertreter der gleichen Multiplikatorengruppe als auch zwischen den Multiplikatorengruppen/Professionen, notwendig.

Während die Koordination innerhalb einer Multiplikatorengruppe teilweise schon dadurch gelingt, daß auf der Ebene des dazugehörigen Sozialsystems über eine entsprechende Unterstützung des Vorhabens die Integration der Trägerschaft in das bestehende Tätigkeitsfeld erfolgt, oder aber daß bei der Programmumsetzung auf eine existierende, gut funktionierende Implementationsstruktur zurückgegriffen werden kann, wird die Koordination zwischen unterschiedlichen Multiplikatorengruppen in dem Programm über eine eigens hierfür geschaffene Koordinationsstelle als Steuerungsinstanz geleistet (entscheidungsprozeduraler Programmteil).

"Angesichts der großen strukturellen Heterogenität der Akteure (z.B. Behörden, Beratungseinrichtungen freier Verbände, private Vereine), ihrer spezifischen Domäneninteressen und der Selektivität der von ihnen überhaupt ansprechbaren Adressatengruppen, wird die Koordination dieser Implementationsträger zum wichtigsten Problem der programmgemäßen Mesoimplementation."¹⁾

Eine entsprechende Aufgabe kommt bei der Kooperativen Prävention dem 'Arbeitskreis Gesundheit' zu. Alle im Programm formulierten Angebote sollen letztlich hierüber an die einzelnen

¹⁾ Dahme, H.-J., Grunow, D.: Implementation persuasiver Programme, in: Mayntz, R. (Hrsg.): Implementation politischer Programme II, a.a.O., S. 130. In diesem Zusammenhang spielt bereits im Bereich der Gesundheitserziehung die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) eine wichtige Rolle. Sie stellt ein Bindeglied zwischen dem Programmformulierer und den Gesundheitsämtern, den Akteuren, dar; zu ihren Hauptaufgaben gehören die Weitergabe und konkrete Ausgestaltung von programmatischen Grundsatzentscheidungen sowie die Rückkoppelung von Anregungen von Seiten der Implementationsstruktur an die Programmformulierer.

Träger herangetragen und koordiniert werden.¹⁾

Der Arbeitskreis besteht aus engagierten Mitgliedern der Gemeinde, die zum einen wichtige Organisationen/Gruppierungen auf Gemeindeebene, wie organisierte Ärzteschaft, Bildungseinrichtungen und Krankenkassen repräsentieren, zum anderen in eigener Person tätig sind.²⁾

In welcher Form die beschriebenen Aufgaben erfüllt werden, sei es, daß sich der Arbeitskreis eine Satzung gibt, sei es, daß Unterausschüsse gebildet werden, ist den einzelnen Mitgliedern überlassen. Sicher wird sich hier zeigen, daß es unterschiedliche Lösungsmöglichkeiten gibt, die überhaupt erst die Machbarkeit in den einzelnen Regionen ermöglichen.

Die Mitarbeiter der Kooperativen Prävention werden zu Beginn der Studie ihren Einfluß insofern geltend machen, als sie nach Aufbau des Arbeitskreises noch unterstützend tätig werden. Dies bezieht sich hauptsächlich auf die Koordinationsarbeit unter dem Blickwinkel der Umsetzung der unterschiedlichen Programme, vor allem, da hier noch offene Fragen hinsichtlich der dauerhaften Mesoimplementation existieren.

Unter der Schaffung neuer Implementationsstrukturen wird auch die Gewinnung von Laienmultiplikatoren verstanden, also von Personen, die bisher in keiner vergleichbaren Tätigkeit aktiv waren. Diese Implementationsträger sollen bevorzugt in Betrieben gewonnen werden, in denen sie dann nach gezielter Schulung Informationen an Kollegen aus ihrem Kontakt- und Einflußbereich weitergeben und auch Verhaltensprogramme anbieten.

1) Darüber hinaus kann dieser Arbeitskreis auch weitere, von der Studie nicht vorgegebene Maßnahmen, die zur Zielerreichung sinnvoll sind, über geeignete Träger einsetzen. Dies ist abhängig von den lokalen Bedingungen. Voraussetzung ist allerdings, daß die Maßnahmen der DHP-Zielsetzung nicht zuwiderlaufen.

2) Die Zusammensetzung in den einzelnen Regionen wird sicherlich sehr unterschiedlich sein, was mit der jeweiligen Machtkonstellation in den Gemeinden zusammenhängt.

Darüber hinaus wird unter dem Oberbegriff 'Implementationsstruktur' die Etablierung von räumlichen Ressourcen verstanden, nämlich die Einrichtung von 'Treffpunkten' bzw. 'Geschäftsstellen' für Gemeindemitglieder, die von diesen nach eigenen Wünschen genutzt werden können, z.B. als Tagungsort für Selbsthilfegruppen. In diesen Treffpunkten sind festangestellte Multiplikatoren tätig. Sie führen Beratungen durch und bieten verhaltensregulierende Programme insbesondere für die Gruppen an, die durch das etablierte Gesundheitswesen nicht erfaßt werden.¹⁾

Da es bei der Mikroimplementation darum geht, durch Überzeugungsarbeit Verhaltensänderungen in der Zielpopulation zu erreichen, ist es wichtig, daß die Umsetzung der Programme durch 'glaubwürdige' Implementeure erfolgt. Glaubwürdigkeit zielt hierbei zum einen auf das eigene risikofaktorenbezogene Verhalten des Implementeurs, zum anderen auf die ihm seitens der Bevölkerung zuerkannte Kompetenz hinsichtlich des Tätigwerdens ab.

Unter dem letzten Gesichtspunkt sind es vorrangig die im Gesundheitssystem tätigen Berufsgruppen, nämlich Ärzte, Arzthelferinnen und Apotheker, des weiteren Institutionen, wie z.B. Krankenkassen, Krankenhäuser, Gesundheitsämter und schließlich das in den Bildungseinrichtungen tätige Personal, die Lehrer und Referenten, die aktiviert werden müssen.

Ergänzt wird die aufgezeigte Struktur durch die Einbeziehung der Anbieter von Lebensmitteln sowie ihren rechtlichen und wirtschaftlichen Zusammenschlüssen.

¹⁾ Insbesondere ältere Gemeindemitglieder und sozial benachteiligte Randgruppen werden nicht unbedingt über die beschriebene und etablierte Struktur erfaßt, wie verschiedene Studien belegen. Vgl. hierzu: Wendt, G.: Disparitäten der ärztlichen Versorgung in Großstädten der BRD, Göttingen 1983. Zielsetzung der Studie ist es aber gerade, alle Bevölkerungsgruppen zu erreichen.

Die hier genannten Implementationsträger sind nur dauerhaft in eine Implementationsstruktur einzubinden, wenn die Mesoimplementation sowohl auf der Ebene des Sozialsystems als auch auf der des Personalsystems ¹⁾ erfolgreich ist.

Damit die einzelnen Akteure der Implementationsstruktur im engeren Sinne die ihnen im Durchführungsteil zugewiesenen Aufgaben erfüllen können, ist eine Einführung in die jeweiligen Programnteile notwendig. Diese Einführung wird in der Studie als 'Schulung der Multiplikatoren' bezeichnet.

So werden Lehrer mit den eigens für die Schüler erarbeiteten Curricula für die Bereiche Ernährung und Rauchen vertraut gemacht, die Referenten an den Volkshochschulen mit den Ernährungsrichtlinien sowie den Gesamtzielen der DHP. In den Sportvereinen erfolgt eine Einweisung engagierter Sportler in das Programm für Laufgruppenleiter. Ärzten werden Gesprächsrichtlinien/Gesprächstechniken im Hinblick auf eine Gesundheitsberatung ihrer Patienten vermittelt; Apotheker und Arzthelferinnen werden ebenfalls in der Beratung von Kunden/Patienten geschult.

Betriebsmitglieder werden schließlich über Schulungen vorbereitet, eigenverantwortlich Kurse durchzuführen, wie beispielsweise Antiraucherkurse, Kochkurse, Laufgruppen.

Über den Aufbau der so beschriebenen Implementationsstruktur soll über die Gemeinde ein dichtes Interventionsnetz ausgebaut werden, so daß die gesamte Gemeindebevölkerung durch das Programm der Kooperativen Prävention erreicht wird.

¹⁾ Unter 'Ebene des Personalsystems' wird im Hinblick auf Institutionen z.B. das einzelne Krankenhaus gesehen; auf der Ebene des Sozialsystems werden die Träger, übergeordnete Einrichtungen, das zugeordnete System betrachtet, das den Rahmen für das Tätigkeitsfeld spannt.

3.1.2. Programmteil der Mikroimplementation

Über die verhaltensregulierenden Programme der Kooperativen Prävention, die über die dargestellte Implementationsstruktur in die Gemeinde hineingetragen werden, sollen in der Bevölkerung Verhaltensänderungen erreicht werden. Jedoch wird über die tatsächliche Überzeugungsarbeit wenig ausgesagt. Das Hauptaugenmerk konzentriert sich bei der Programmbeschreibung auf die Ziele der Mesoimplementation, wobei unterstellt wird, daß durch die Schaffung einer entsprechenden Struktur auch die gewünschte Auswirkung auf das Verhalten der Adressaten erreicht wird. Hierbei wird in gewissem Umfang auf die Kompetenzen der einbezogenen professionellen Implementationsträger zurückgegriffen. Zum anderen wird davon ausgegangen, daß durch die zum Teil nur an Eckdaten festgemachten verhaltensregulierenden Programme den Implementationsträgern der Freiraum geschaffen wird, der es ihnen ermöglicht, eigene Vorstellungen bei der Mikroimplementation einzubringen. Letzteres ist vor allem da von Vorteil, wo es sich bei der Mikroimplementation um interaktive Formen der Kommunikation, wie persönliche Beratung, Gruppengespräche und Gruppentraining handelt, bei deren Umsetzung die Glaubwürdigkeit des Implementeurs eine hervorragende Rolle spielt. Diese Glaubwürdigkeit ist eher da gegeben, wo der Multiplikator die Möglichkeit hat, entsprechend seiner Kompetenz das Überzeugungsprogramm mitzugestalten.

Insgesamt kann festgehalten werden, daß ein Großteil der in der Mikroimplementation einzusetzenden verhaltensregulierenden Programme als personale Kommunikation zu umschreiben ist, wobei Verhaltensweisen über eine gezielte Beratung und ein Verhaltenstraining verändert werden sollen. In diesem Rahmen sind u.a. zu nennen:

- Gesundheitsberatung über Ärzte, Apotheker und Arzthelferinnen,
- Kochkurse, Gewichtsreduktionskurse ¹⁾ und Ernährungsberatung

¹⁾ Die Kochkurse und Gewichtsreduktionskurse sind, im Gegensatz zu den nur in Eckdaten definierten Beratungsangeboten, eher als Standardprogramme zu begreifen.

- durch ausgebildete Laien oder fortgebildete Fachkräfte des Ernährungssektors,
- Nichtraucher-Gruppen unter der Leitung von Laienmultiplikatoren,
- Beratungsangebote in Gesundheitstreffpunkten.

Die Maßnahmen werden verstärkt durch gezielte Nutzung der Massenmedien.

3.2. Kommunale Prävention

Im Rahmen des in 12 Ländern durchgeführten WHO-Projektes, Comprehensive Cardiovascular Community Control Project, in dessen Mittelpunkt die Entwicklung länderspezifischer Methoden zur präventiven, kurativen und rehabilitativen Bekämpfung der arteriosklerotisch bedingten Herz-Kreislauf-Krankheiten auf Gemeindeebene stand, wurde in Eberbach und Wiesloch gemeinsam mit der dort ansässigen Ärzteschaft ein Konzept zur Prävention erarbeitet. "Bei den praktischen Erfahrungen erwies es sich als sinnvoll, die ärztliche Primärversorgung in die folgenden drei Ebenen einzuteilen:

1. Ebene: Individuelle Sprechstundenbetreuung
2. Ebene: Praxisinterne und praxisübergreifende Gruppenbetreuung
3. Ebene: Ärztliche Aktivitäten im Gemeinderahmen".¹⁾

Das Modell der Kommunalen Prävention, das der Kooperativen Prävention als Alternativkonzept gegenübergestellt wurde, ist der 3. Ebene der ärztlichen Primärversorgung der Bevölkerung zuzuordnen.

In der Kommunalen Prävention werden Bürger motiviert, für die Gesundheit ihrer Mitbürger ehrenamtlich tätig zu werden. Das

¹⁾ Nüssel, E., Schettler, G.: Studienhandbuch, Teil Intervention, "Kommunale Prävention", Heidelberg 1986, S. 1

organisatorische Kernstück dieses Ansatzes ist die 'Arbeitsgemeinschaft für Kommunale Gesundheitsvorsorge', über die oder in der die Bürger unter Beratung durch die Ärzteschaft aktiv werden.

Adäquat zum Ansatz der Kooperativen Prävention wird im folgenden das Programm, gegliedert nach den Phasen der Meso- und Mikroimplementation, beschrieben, wobei auch für die Kommunale Prävention festzuhalten ist, daß das Programm allein für den Bereich der Mesoimplementation, nicht für den Bereich der Mikroimplementation präzisiert ist.

3.2.1. Programmteil der Mesoimplementation

Wie beim Ansatz der Kooperativen Prävention muß beim Modell der Kommunalen Prävention zunächst die Implementationsstruktur durch Schaffung eines neuen Strukturelementes, nämlich der Gründung der 'Arbeitsgemeinschaft für Kommunale Gesundheitsvorsorge', aufgebaut werden. Initiator ist hier die Ärzteschaft.

Die im Rahmen des Konzeptes erfolgende Motivation der Bürger zur unentgeltlichen ehrenamtlichen Tätigkeit erfolgt dann durch die etablierte Arbeitsgemeinschaft.

Das Kernstück des Ansatzes, die Arbeitsgemeinschaft, wird von zwei bis drei von der Ärzteschaft ausgesuchten Laien konstituiert. Weitere Mitglieder werden über die Gründer motiviert, wobei jeder, der aktiv mitarbeiten will, grundsätzlich in die Arbeitsgemeinschaft aufgenommen wird.

Die Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft bestehen darin, der Bedürfnisartikulation der Bevölkerung entsprechend Maßnahmen über freiwillige Helfer anzuregen und zu unterstützen. Dabei müssen alle Maßnahmen die Anforderungen ärztlicher Ethik erfüllen. Eine entsprechende Abstimmung wird insofern organisatorisch herbeigeführt, als von der niedergelassenen Ärzteschaft, in Abstimmung mit der Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsvorsorge, ein Vertreter der Ärzteschaft gewählt wird, der

als ständiges Mitglied der Arbeitsgemeinschaft die Ärzteschaft über die Pläne der Mitglieder bzw. an die Arbeitsgemeinschaft seitens engagierter Bürger herangetragene Initiativen unterrichtet und dafür Sorge trägt, daß allein die interventiven Aktivitäten umgesetzt werden, die letztlich von der niedergelassenen Ärzteschaft befürwortet werden. Das bedeutet auch, daß die Kommunale Prävention dann abzubrechen ist, wenn die jeweils örtlich zuständige Ärzteschaft eine Fortführung der interventiven Aktivitäten ablehnt. In einem solchen Fall wäre die Voraussetzung der Kommunalen Prävention, nämlich die Beteiligung der Ärzteschaft, nicht mehr gegeben.

Da die Arbeitsgemeinschaft zur Durchführung ihrer Aktivitäten entsprechend dem Prinzip der Ehrenamtlichkeit keine staatlichen/öffentlichen Mittel erhält¹⁾, ist sie auf Spenden angewiesen. Um mit Rücksicht auf Spenden die Gemeinnützigkeit zu erreichen, ist eine Satzung und somit Vereinsgründung im Gegensatz zur Kooperativen Prävention notwendig.

Eine so konzipierte Implementationsstruktur zeichnet sich über ein hierarchisches Weisungsverhältnis bzgl. der Programmwahl - nicht hinsichtlich der Umsetzung - aus, wobei implizit davon ausgegangen wird, daß ein Verbot oder eine Bewilligung durch die Ärzteschaft ein von allen im Bereich der Prävention engagierten Berufsgruppenvertretern akzeptiertes Steuerungsmittel ist. Ansonsten wird davon ausgegangen, daß es zwischen den Anbietern keine Konflikte gibt und daß von daher der verbleibende entscheidungsprozedurale Programmteil selbstimplementierend ist.

Die Mitarbeit der Bürger bzw. das Engagement der Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft erfolgt unentgeltlich. Darüber hinaus haben die Bürger, die bestimmte Programme umsetzen wollen, selbst für ihre fachmännische Schulung Sorge zu tragen. Sofern sie unterrichten wollen, können sie eigene Curricula entwickeln oder auch vorhandene zum eigenen Gebrauch auswählen. Eine

¹⁾ Die im Rahmen der DHP gewährten finanziellen Mittel sind bei der Kommunalen Prävention für die Evaluation des Studienerfolges einzusetzen.

zentrale Schulung der engagierten Bürger über fest vorgegebene Programme wie in der Kooperativen Prävention, die eine 'standardisierte Fortbildung bzw. Schulung' mit dem Endziel der gesundheitsbezogenen Kompetenzerweiterung ermöglichen will, wird im Rahmen der Kommunalen Prävention nicht angeboten. Dies ist auf das hinter dem Ansatz stehende Subsidiaritätsprinzip zurückzuführen, das "auf die von Selbst- und Mitverantwortung sowie von Einsicht, Kreativität und Initiative getragene Eigenständigkeit des Bürgers (baut), der sich nur dort die 'öffentliche Hand' reichen läßt, wo sie seine Wirkungsmöglichkeiten steigert."¹⁾

Zur Motivation der Bürger seitens der Arbeitsgemeinschaft gehört es auch, die Anbieter von Gütern und Dienstleistungen im Sinne der Zielsetzung dazu zu bewegen, ihre Produktpalette auf die Herz-Kreislaufproblematik hin zu verbessern. Das 'Wie' ist der 'bürgerlichen Kreativität und Initiative' überlassen.

Die Durchführung der Kommunalen Prävention setzt nach Vorstellung ihrer Vertreter voraus, "daß die 1. und 2. Ebene der ärztlichen Primärversorgung der Bevölkerung bereits existieren und funktionieren. Dazu gehört in erster Linie, daß auf der 1. Ebene für jeden Bürger die Möglichkeit zur individuellen ärztlichen Betreuung mit dem unverzichtbaren 'Arzt-Patienten-Gespräch' besteht. Auf der 2. Primärversorgungsebene müssen hinreichende Angebote zur praxisinternen und praxisübergreifenden Gruppenbetreuung bestehen."²⁾ Hierüber ist auch festgelegt, daß im Rahmen der Kommunalen Prävention die präventiven Aufgaben des Arztes nicht ersetzt werden können durch andere Aktivitäten, sondern daß letztere nur unterstützenden Charakter haben.

1) Nüssel, E., Schettler, G.: Studienhandbuch, Teil Intervention, a.a.O., S. 53

2) ebenda, S. 10

3.2.2. Programmteil der Mikroimplementation

Über die Arbeitsgemeinschaft sollen verhaltensregulierende Programme an die Zielpopulation herangetragen werden. Wie diese Programme letztlich ausgestaltet sind, ist eher vage formuliert, indem im Studienhandbuch der Kommunalen Prävention festgehalten wird, daß diese "innerhalb der sozialen Schichten von den bürgerschaftlichen Gruppierungen selbst erdacht oder nach Vorbildern selbst ausgewählt und eigenständig durchgeführt werden."¹⁾

Wie bei der Kooperativen Prävention wird folglich hier ebenso davon ausgegangen, daß durch die Schaffung einer Implementationsstruktur auch die gewünschten Wirkungen im Sinne der Zielvorgaben erreicht werden. Dabei wird implizit von der Steuerungskompetenz der Ärzteschaft ausgegangen. Es wird jedoch auch unterstellt, daß im voraus keine Aktivitäten planbar sind, daß diese vielmehr erst aus den artikulierten Bedürfnissen der Zielbevölkerung und den Interessenlagen der ehrenamtlich mit der Umsetzung Betrauten ableitbar sind. "So ist es z.B. durchaus denkbar, daß Zahnärzte oder Internisten oder Gynäkologen unter ihrer fachbezogenen Zielvorstellung mit 'Kommunaler Prävention' beginnen. Ist erst einmal ein erfolgreicher Anfang gemacht, so können Schritt für Schritt weitere Zielkrankheiten und Zielgruppen der Populationen in das lokale Programm der 'Kommunalen Prävention' einbezogen werden."²⁾

3.3. Wesentliche Unterschiede der Ansätze

Wie bereits eingangs bei der Darstellung der Problemlage betont, ist ein wesentliches trennendes Kriterium der beiden Ansätze die unterschiedliche Beantwortung der Frage nach der Reichweite der ärztlichen Verantwortung. Während bei der Kooperativen Prävention die Intervention nur dort einer aus-

¹⁾ Nüssel, E.; Schettler, G.: Studienhandbuch, Teil Intervention, a.a.O., S. 11 f.

²⁾ ebenda, S. 15

drücklichen 'ärztlichen Bewilligung' bedarf, wo die Ärzte direkt einbezogen sind oder wo streng medizinische Fragen im Vordergrund stehen, wird bei der Kommunalen Prävention jede einzelne Aktivität im Einvernehmen mit der örtlichen Ärzteschaft bewertet, geplant und umgesetzt.

Die vorrangige Bedeutung der Ärzteschaft im Konzept der Kommunalen Prävention drückt sich auch in der 3-Ebenen-Darstellung der ärztlichen Primärversorgung aus sowie der Implikation, daß für die Durchführung der Kommunalen Prävention die 1. und 2. Ebene der ärztlichen Primärversorgung der Bevölkerung, d.h. individuelle Sprechstundenbetreuung und praxisinterne und praxisübergreifende Gruppenbetreuung, bereits existieren und funktionieren müssen. Damit wird die Ärzteschaft aus dem Kontroll- und Steuerungsbereich eines Gesundheitsprogramms herausgenommen und als eigentliche Steuerungsinstanz über die Kommunale Prävention gestellt. Mit Beantragung der Förderung der Kommunalen Prävention wird gleichzeitig seitens ihrer Vertreter festgestellt, daß die Ärzteschaft ihren Part im Bereich der Prävention auf der 1. und 2. Ebene in den ausgewählten Regionen bereits voll erfüllt.

Bei der Kooperativen Prävention wird hingegen davon ausgegangen, daß Prävention in der ärztlichen Praxis zur Zeit noch eine Nebenrolle spielt und daß von daher die Ärzteschaft über ein Fortbildungsprogramm für den von ihr geforderten Bereich vorbereitet werden muß. Ein hierarchisches Weisungsrecht gegenüber anderen Multiplikatorengruppen wird hinsichtlich der Programmauswahl nicht aufgebaut; die Aktivitäten der Multiplikatoren der Kooperativen Prävention werden nicht als bloße Unterstützung der Aufgaben des Arztes gesehen, sondern vor dem Hintergrund der Schulung bzw. Fortbildung durchaus als gleichrangige Aktivitäten, allerdings mit der eingangs gemachten Einschränkung hinsichtlich rein medizinischer Aufgaben.

Die übergeordnete Stellung der Ärzteschaft im Ansatz der Kommunalen Prävention drückt sich ferner in der Betonung der Eh-

renamtlichkeit/unentgeltlichen Tätigkeit aus. Allein der niedergelassene Arzt wird hiervon über sein Tätigkeitsprofil auf der 1. und 2. Ebene ausgeschlossen. Bei der Kooperativen Prävention wird zwar nicht explizit eine Honorierung der Multiplikatorentätigkeit verlangt; sie wird jedoch implizit zur Durchführung bestimmter Aktivitäten u.a. als Steuerungsmittel für erforderlich gehalten, vor allem da, wo ansonsten kein Entgelt zur Verfügung steht, d.h., wo die Aktivitäten nicht im üblichen Arbeitsumfeld durchgeführt werden, sondern ein neues Aktivitätsprofil produzieren. Dies kommt insbesondere in den Fällen zum Tragen, in denen neue Strukturen aufgebaut werden, wie beispielsweise die Einrichtung des Treffpunktes. Die Multiplikatoren, die hier eingesetzt werden, müssen für ihre Tätigkeiten, die eine bestimmte Kompetenz voraussetzen, honoriert werden, da der persönlich tragbare ehrenamtliche Einsatz hier über die Norm strapaziert würde.

Durch die Betonung der Ehrenamtlichkeit und Unentgeltlichkeit wird deutlich, daß das Konzept der Kommunalen Prävention auf die Stabilisierung des bestehenden Gesundheitssystems ausgerichtet ist; für andere Berufsgruppen als für Ärzte ist bei diesem Ansatz eine Berufsfeldentwicklung im Bereich der Prävention unmöglich, da die finanzielle Existenzgrundlage hier verweigert wird. Damit ist das Fehlen eines 'Treffpunktes' im Ansatz der Kommunalen Prävention eng verbunden, denn hierüber würde ein neues Tätigkeitsfeld für 'Nicht-Ärzte' im Bereich der Prävention etabliert. Darüber hinaus wird in der Einrichtung auch die Gefahr gesehen, daß das Behandlungsmonopol der frei praktizierenden Ärzte, das seit Ende der 60er Jahre, Anfang der 70er Jahre z.B. durch die WWI- Studie zur Wirtschafts- und Sozialforschung¹⁾, aber auch durch Analysen des Gesundheitswesens seitens des Bundesministers für Jugend, Fa-

¹⁾ Vgl. Wirtschaftswissenschaftliches Institut der Gewerkschaften GmbH (WWI): Die Gesundheitssicherung in der Bundesrepublik Deutschland, Analyse und Vorschläge zur Reform, Köln 1971

milie und Gesundheit¹⁾, als Ursache von Mißständen im Gesundheitssicherungssystem gesehen wurde, erneut in Frage gestellt wird. Hierauf wird an späterer Stelle ausführlich eingegangen.

Zusammenfassend sind es folgende Kriterien, die die Unterschiedlichkeit der beiden Ansätze hauptsächlich ausmachen und das Konfliktfeld beschreiben:

- Stellenwert der Ärzteschaft,
- Laienhelfer versus 'professionelle' Multiplikatoren bzw. Ehrenamtlichkeit versus 'Professionalität',
- Etablierung von Treffpunkten.

¹⁾ Vgl. Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit (Hrsg.): Problemanalysen und Reformschwerpunkte für das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland, Bd. 4 der Schriftenreihe des BMJFG, Bonn 1973

4. Teilprogramm für Ärzte

Vor der Programmentwicklung wurden u.a. die in Abb. 1 unter Block A 'Handhabbarkeit des Problems' aufgelisteten Einflußfaktoren analysiert, um über die Bestimmung der organisatorischen Rahmenbedingungen und Feststellung des Fortbildungsbedarfs eine konfliktfreie Implementation zu gewährleisten. Im folgenden werden die Ergebnisse der Beschreibung des Problemfeldes, die in die Programmentwicklung eingingen, dargestellt.

4.1. Strukturanalyse

Zunächst wurde vor dem Hintergrund des Ziels der Verankerung ärztlicher Gesundheitsberatung in der ärztlichen Praxis die bestehende Implementationsstruktur rein formal auf die diesbezüglichen Möglichkeiten hin untersucht (vgl. hierzu im Variablenmodell die Punkte 'vorhandene Rechtslage, Einfluß- und Implementationsstruktur, bestehendes Netzwerk' sowie 'Verfügbarkeit von Techniken zur Prävention').

Wie bereits erwähnt, bilden die Ärzte gemeinsam mit anderen Multiplikatoren die Implementationsstruktur des durchzuführenden verhaltensregulierenden Gesamtprogramms. Wie für andere Multiplikatoren mußte auch für die Ärzte, hier die niedergelassenen Ärzte der Primärversorgung, festgestellt werden, daß sie hinsichtlich ihrer Aufgabe der Gesundheitsberatung zunächst geschult werden mußten.

Die Notwendigkeit zur Schulung ergab sich aus dem Fehlen entsprechender Inhalte in der bestehenden ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung.¹⁾ U.a. fehlte die Vermittlung anwendbarer Techniken zur Gesundheitsberatung und -aufklärung, wie zum

¹⁾ Vgl. Hildebrand, N., v. Troschke, J.: Ärztliche Gesundheitsberatung in der Bundesrepublik Deutschland, in: v. Troschke, J.; Stöbel, U. (Hrsg.): Möglichkeiten und Grenzen ärztlicher Gesundheitsberatung, Freiburg 1981, S. 30 ff.

einen einer Untersuchung von Infratest Gesundheitsforschung¹⁾ sowie zum anderen einer diesbezüglichen Literaturanalyse zu entnehmen war.

So stellte u.a. McQueen fest: "Der Arzt ... ist mit wenigen seltenen Ausnahmen kaum in der Kommunikation geschult; oft hat er einen autoritären Umgangsstil angenommen. Auch bewertet er die medizinischen Aspekte der Gesundheitserziehung über - und unterschätzt die psychologischen, soziologischen, moralischen und finanziellen Aspekte. Darüber hinaus sind die Allgemeinpraktiker und Krankenhausärzte daran gewöhnt, daß der erste Schritt vom Patienten ausgeht, der bewußt um Behandlung nachsucht. Ihre Ausbildung und Berufserfahrung verhindern geradezu, daß sie selbst Personen aufspüren, die sich ihrer Behandlungsbedürftigkeit nicht bewußt sind, z.B. die werdende ledige Mutter, der scheinbar gesunde 40-jährige Mann, der im nächsten Lebensjahrzehnt höchstwahrscheinlich wegen Übergewicht erkranken wird, die junge Mutter, die der Doppelbelastung von Beruf und Familie nicht gewachsen ist..."²⁾

In der genannten Untersuchung von Infratest wurde ebenfalls das Fehlen adäquater Techniken zur Durchführung effektiver Gesundheitsberatung explizit von einem Teil der Befragten benannt.

Eine Verankerung der ärztlichen Gesundheitsberatung als zentrale Aufgabe moderner Heilkunde bedurfte mithin einer Kompetenzerweiterung der Ärzte. Hieraus wurde die Zielsetzung der

1) Die Untersuchung wurde vom Wissenschaftlichen Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD) e.V. als Entwickler des hier dargestellten Programnteils in Auftrag gegeben. Vgl. hierzu ausführlich: Weber-Falkensammer, H. (Hrsg.): Gesundheitsberatung als ärztliche Aufgabe, Situationsanalyse zur Gesundheitsberatung durch den niedergelassenen Arzt, Köln 1986, S. 27 ff.

2) McQueen, J.A.G.: Gesundheitserziehung, in: Trojan, A., Waller, H. (Hrsg.): Gemeindebezogene Gesundheitssicherung, München 1980, S. 42 f.

'Verankerung der Gesundheitsberatung in der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung'¹⁾ abgeleitet, wobei kurzfristig, für den Rahmen der Kooperativen Prävention, die Fortbildung angesprochen wurde.

Zur Umsetzung dieser letzten Zielsetzung wurde der strukturelle Rahmen des bestehenden Fortbildungssystems analysiert. So konnte festgestellt werden, daß seit Beginn ärztlicher Zusammenschlüsse deren Hauptaufgabe die Fortbildung²⁾ war. Die Lan-

1) Hinsichtlich des Ziels 'Verankerung der Gesundheitsberatung in der Aus-, Weiter- und Fortbildung' ist zu unterscheiden zwischen dem kurz- und dem langfristigen Ziel. Ersteres ist, vor allem unter Machbarkeitsgesichtspunkten, die Verankerung in der ärztlichen Fortbildung, letzteres wegen der Dauer des Prozesses, bis entsprechende Gesetze (Approbatiousordnung) oder Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung erlassen werden, die Verankerung in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung.

2) §7: Fortbildung

1. Der Arzt ist verpflichtet, sich beruflich fortzubilden und sich dabei über die für seine Berufsausübung jeweils geltenden Bestimmungen zu unterrichten.
2. Geeignete Mittel der Fortbildung sind insbesondere:
 - a) Teilnahme an allgemeinen oder besonderen Fortbildungsveranstaltungen (Kongresse, Seminare, Übungsgruppen, Kurse, Kolloquien).
 - b) Klinische Fortbildung (Vorlesungen, Visiten, Demonstrationen und Übungen).
 - c) Inanspruchnahme audiovisueller Lehr- und Lernmittel.
3. Der Arzt hat in dem Umfange von den aufgezeigten Fortbildungsmöglichkeiten Gebrauch zu machen, wie es zur Erhaltung und Entwicklung der zur Ausübung seines Berufes erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist.
- 4) Der Arzt muß eine den Absätzen 1) bis 3) entsprechende Fortbildung gegenüber der Ärztekammer in geeigneter Form nachweisen können.

(Aus der Berufsordnung für die Deutschen Ärzte)

des Ärztekammern und die Bundesärztekammer führten diese Arbeit fort. Seit 1974 wurde versucht, in allen Landesärztekammern Akademien für die ärztliche Fortbildung zu errichten. Diese Akademien "sind Mittelpunkt der Fortbildungsplanung und Fortbildungskoordination im Bereich der Landesärztekammern"¹⁾. Sie erarbeiten und stellen Fortbildungsverzeichnisse zur Verfügung, befassen sich mit modernen Medien etc. Falls keine Akademien eingerichtet sind, werden diese Aufgaben von den Kammern erfüllt.

Als weitere für die Fortbildung wesentlichen Einrichtungen/Strukturen konnten daneben die ärztlichen Kreisvereine und die Kreisstellen der Ärztekammern ermittelt werden. "Hier haben meist die ehrenamtlichen Vorsitzenden neben den allgemeinen Routine-Arbeiten ihrer Kammer auch noch die Planung, organisatorische Vorbereitung und die Durchführung lokaler Fortbildungsveranstaltungen zu bewältigen. Von der Programmgestaltung und der Referentengewinnung über die Einladung bis zur Raumbeschaffung ist das ein erhebliches Arbeitspensum. ... Daß hier oft organisatorische Hilfen gesucht und auch nicht gerade selten von nicht uninteressierter Seite angeboten werden, ist ein Problem, das nicht nur bekannt und beraten, sondern auch zu lösen sein wird."²⁾

Während der inhaltliche Rahmen für die ärztliche Aus- und Weiterbildung in entsprechenden Ordnungen fest umrissen ist, konnte Entsprechendes für die Fortbildung nicht festgestellt werden. Es wird lediglich in §7 der Berufsordnung für Ärzte aufgelistet, welche Mittel für die Fortbildung geeignet sind, nämlich Fortbildungsveranstaltungen, klinische Fortbildung, Studium der Fachliteratur, Inanspruchnahme audiovisueller Lehr- und Lernmittel.

1) Odenbach, E.: Ärztliche Fortbildung, in: Deutsches Ärzteblatt, Heft 24, 1979, S. 1645

2) ebenda

Neben dem strukturellen und inhaltlichen Rahmen für die Fortbildung wurden weiterhin die rechtlichen und finanziellen Aspekte einer Gesundheitsberatung in der ärztlichen Praxis analysiert. Diesbezüglich konnte zwar festgehalten werden, daß die Mitglieder der gesetzlichen Rentenversicherung während ihrer stationären Heilmaßnahme Gelegenheit hatten, an Gesundheitsberatungen durch Ärzte und nichtärztliche Berufsgruppen (z.B. Psychologen) teilzunehmen. Dies traf u.a. für Patienten mit Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems, insbesondere Herzinfarkt zu. Zielsetzung war es dabei, im Rahmen der tertiären Prävention zu versuchen, durch Beratung zu den Risikofaktoren (z.B. Bluthochdruck, Übergewicht, Rauchen, Bewegungsarmut) die Gefahren eines Reinfarktes zu verringern. Die Beratung wurde in der Regel von Ärzten und auch von nichtärztlichen Therapeuten durchgeführt. In den Einrichtungen (Kliniken) der Rentenversicherungsträger gehörte die Gesundheitsberatung im Rahmen der medizinischen Rehabilitation zum ärztlichen Auftrag.

Im Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wurde ärztliche Beratung im Rahmen ärztlicher Behandlung gewährt (§ 182, Abs. 1 Ziffer 1a RVO), wenn sie als Krankheitshilfe geleistet wurde. Gesundheitsberatung von Gesunden war und ist in dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen im Rahmen der GKV nicht enthalten, "weil die ärztliche Gesundheitsberatung keine ärztliche Behandlung eines Kranken, sondern die Betreuung eines Gesunden ist. In der kassen-/vertragsärztlichen Versorgung kann demnach eine ärztliche Gesundheitsberatung nicht abgerechnet werden".¹⁾ In diesem Zusammenhang schrieb Schmitt: "Das bisherige Honorarsystem, das die Prophylaxe zugunsten der Therapie grob vernachlässigt und wesentlich zur Unterbewertung der Präventivmedizin beigetragen

1) Wekel, W.: Rahmenbedingungen der Gesundheitsberatung im Sozialversicherungssystem, unveröffentlichtes Manuskript, Bonn-Bad Godesberg 1985, S. 9

hat, ist für viele eine Teilursache: was nichts kostet, taugt nichts. So meinen viele. Auf ärztliche Honorare angewendet bedeutet dies: Was nicht honoriert wird, ist unwichtig."1)

Von daher und um einen Anreiz für die Ärzteschaft zur Durchführung einer umfassenden Gesundheitsberatung zu schaffen, wurden Verhandlungen mit Krankenkassen hinsichtlich von Abrechnungsmöglichkeiten geführt. Dabei wurde auf die freiwilligen Mehrleistungen der Krankenkassen nach § 187 Absatz 1 Ziffer 2 RVO abgestellt, wonach die jeweilige Krankenkasse andere Maßnahmen zur Verhütung von Erkrankungen ihrer Mitglieder vorsehen kann, und womit die Krankenkassen die rechtliche Handhabe erhalten, z.B. im Rahmen von Modellversuchen 'Gesundheitsberatung' durchzuführen.

Es gelang jedoch bis heute nicht, in den Interventionsregionen Abrechnungsmöglichkeiten zu schaffen, die als finanzieller Anreiz für die Implementation des Fortbildungsprogramms sowie der darauf aufbauenden Gesundheitsberatung hätten dienen können.

4.2. Einstellung zur Prävention

Vor dem Hintergrund des strukturellen Rahmens, einschließlich der Feststellung des Bedarfs, war es unter implementationsbezogenen Erfolgsaussichten notwendig festzuhalten, welchen Stellenwert die Vertreter des Sozial- und Personalsystems, also die Träger der Implementationsstruktur im weiteren und engeren Sinne, der Prävention generell und der Gesundheitsberatung im besonderen einräumten. Die diesbezüglichen Recherchen sind im folgenden zusammengestellt.

In der Bundesrepublik Deutschland wurden bereits Bemühungen um den Aufbau einer gezielten Präventionsarbeit bei Herz-Kreis-

1) Schmitt, F.: Stiefkind Präventivmedizin, in: Deutsches Ärzteblatt 12: 1187-1192, 1979, S. 1189

lauf-Erkrankungen im Rahmen des Modellversuchs im Bereich der AOK Mettmann¹⁾ (Nordrhein-Westfalen) unternommen. Träger waren auf der Ebene des Sozialsystems die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein sowie der Verband der Ortskrankenkassen Rheinland.

Auf der Ebene des Personalsystems wurde der Modellversuch und damit die ihm zugrundeliegende Problematik insofern akzeptiert, als von den 300 Ärzten im Kreis Mettmann, die die Gesundheitsberatung nach Absolvierung einer Seminarreihe durchführen sollten, sich 129 zu einer Mitwirkung bereits beim ersten Zyklus entschlossen.

Der Modellversuch des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung in Köln²⁾ zielte ebenfalls auf die Reduktion kardiovaskulärer Krankheiten ab; involviert waren in den Modellversuch die Kassenärztlichen Vereinigungen Hamburg und Pfalz sowie die Ersatzkassen in den genannten Regionen.

Im Rahmen des Modellversuchs wurden in den Modellregionen Ärzte schwerpunktmäßig in den Techniken der verhaltensorientierten Beratung fortgebildet, um in den Praxen die Patienten dahin zu führen, ihre Risiken selbstverantwortlich zu vermindern.³⁾

1) Vgl.: Burkhardt, P., Wengle, E.: Gesundheitsberatung durch niedergelassene Ärzte im Kreis Mettmann - der Start eines Modellversuchs, in: v. Troschke, J., Stöbel, U. (Hrsg.): Möglichkeiten und Grenzen ärztlicher Gesundheitsberatung, a.a.O., S. 191 ff.

2) Vgl.: Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (Hrsg.): Herz-Kreislauf-Vorsorgeprogramme in der Bundesrepublik Deutschland, Bd. 1, Köln 1977 sowie Brühne, Ch., Schwartz, F.W.: Präventive ärztliche Gesundheitsberatung - Vorbereitung eines Modellversuchs in Hamburg und in der Pfalz, in: v. Troschke, J., Stöbel, U. (Hrsg.): Möglichkeiten und Grenzen ärztlicher Gesundheitsberatung, a.a.O., S. 200 ff.

3) Vgl. auch Bengel, J., Koch, U.: Modellversuch 'Gesundheitsberatung durch Ärzte'. Teilprojekt der Evaluation: Erwartungen und Erfahrungen der an der Fortbildung teilnehmenden Ärzte. Durchgeführt im Auftrag des ZI, Köln 1983.

Wie diesen Ausführungen zu entnehmen ist, war die der Kooperativen Prävention zugrundeliegende Problematik bereits regional begrenzt von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen aufgegriffen worden oder wurde parallel zur Vorstudienphase der Kooperativen Prävention aufgenommen und fand bei einem Teil der Ärzteschaft Akzeptanz.

Die Bundesärztekammer formulierte 1980 im genannten Zusammenhang: "Ungünstige Gesellschafts- und Umweltbedingungen gefährden in einem bisher unterschätzten Umfang die Gesundheit und begünstigen die Entstehung von Krankheiten. Überdies mindern nicht wenig eingefahrene Verhaltensweisen die Überlebenschancen: Rauchen, Über- und Fehlernährung sowie Bewegungsmangel und bestimmte Arbeitsplatz- und berufsspezifische Belastungen. Zeitgemäße Gesundheitserziehung hat in diesen Risikokonstellationen ihre vordringlichen Aufgaben und Ansatzpunkte."¹⁾

Weiterhin führte die Bundesärztekammer aus: "Zur Förderung der Gesundheit sind alle Maßnahmen geeignet, die

- auf das individuelle Wohlbefinden gerichtet sind;
- eine Steigerung der physischen und psychischen Belastbarkeit und der allgemeinen Lebenstüchtigkeit bewirken;
- die persönlichen Chancen in der Vorbeugung, in der Abwehr und in der Überwindung von Krankheiten verbessern."²⁾

Hinsichtlich der Gesundheitserziehung hielt sie fest, daß hierbei die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen erforderlich sei. "Hierzu gehören nicht nur die Angehörigen der anderen medizinischen Berufe, sondern auch Pädagogen und Psychologen, Theologen, Sozialarbeiter, Journalisten."³⁾

1) Deutscher Ärztetag: Gesundheits- und sozialpolitische Vorstellungen der deutschen Ärzteschaft, beschlossen vom 83. Deutschen Ärztetag 1980 in Berlin, Köln 1980, S. 19

2) ebenda

3) ebenda

"Im Interesse der Erhaltung und Förderung der Gesundheit ist der großzügige Ausbau qualifizierter Einrichtungen für eine sinnvolle Aktivität und Selbstbestätigung möglichst vieler Menschen nötig...

Am 'Arbeitsplatz Schule' müssen Schul- und Unterrichtssysteme den in den verschiedenen Alters- und Begabungsgruppen unterschiedlichen Bedürfnissen und Leistungsmöglichkeiten Rechnung tragen. Die Sicherung der Gesundheit der Schüler erfordert regelmäßige ärztliche Beratung.

Der aktiven Mitwirkung aller Pädagogen bei der Gesundheitserziehung in der Schule kommt eine große Bedeutung für das Lebensschicksal der Schüler zu.

Erwachsenenbildungseinrichtungen sollten Gesundheitserziehung, Erziehungs- und Vorsorgeangebote in ihren Programmen erweitern. Bewährt haben sich

- ärztliche Vorträge zur Lebensgestaltung mit möglichst reichlicher Diskussionsgelegenheit;
- die Vermittlung von Entspannungsmethoden für Gesunde und 'Anbrüchige' durch Ärzte;
- die Erörterung von Alternativen gegenüber konventionellen und traditionellen Ernährungsgewohnheiten und das Angebot von Kochkursen.

Die zuständigen Landesministerien und die Kommunen müssen den Breitensport noch mehr als bisher auch finanziell unterstützen. Im Interesse der Bevölkerung und der Erhaltung ihrer Gesundheit werden alle Bestrebungen von Bund, Ländern und Kommunen begrüßt, durch den Ausbau entsprechender Einrichtungen die sportliche Betätigung möglichst vielen Menschen zugänglich zu machen.

Die Motivation der Bevölkerung für eine sportliche Betätigung muß durch entsprechende Aufklärungsarbeit stärker als bisher gefördert werden. Zu fördern ist aktive körperliche Bewegung durch Spiel und Sport in allen Lebensaltern und Bevölkerungskreisen."¹⁾

¹⁾ Deutscher Ärztetag: Gesundheits- und sozialpolitische Vorstellungen der deutschen Ärzteschaft, a.a.O., S. 19 f.

Wie eine Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen zu gestalten ist, d.h. wie die Abhängigkeiten zwischen den verschiedenen Berufsgruppen sowie welche Ein- und Ausschlusskriterien für Vertreter von Berufen aufzustellen sind, wurde hier nicht näher geklärt und wurde seitens der Vertreter der Teilstudie nicht hinterfragt, zumal hier nur die Einstellung zur Prävention erforscht werden sollte. Eine Präzisierung erfolgte jedoch bei den Stellungnahmen der Bundesärztekammer zum Studienhandbuch und zum Operationshandbuch¹⁾ der Kooperativen Prävention in den Jahren 1983/1984. Hierauf wird an späterer Stelle eingegangen.

Wie die Bundesärztekammer standen auch die ärztlichen Verbände, speziell der Hartmannbund, Verband der Ärzte Deutschlands, sowie der NAV, Verband der niedergelassenen Ärzte, der anstehenden Problematik offen gegenüber, was sich u.a. durch das Engagement des Wissenschaftlichen Instituts der Ärzte Deutschlands (WIAD)²⁾ im Rahmen der Kooperativen Prävention sowie durch die Unterstützung des Modells der Kommunalen Prävention³⁾ seitens des NAV abzeichnete.

-
- 1) Das Operationshandbuch der Kooperativen Prävention ist als eine Auflistung aller durchzuführenden Maßnahmen inklusive einer detaillierten 'Gebrauchsanweisung' zu verstehen.
 - 2) Das WIAD - Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands e.V. - wurde 1978 vom Hartmannbund gegründet, um hierüber im Interesse der in ihm vertretenen Ärzteschaft gesundheits- und sozialpolitische Fragen beforschen zu lassen.
 - 3) Das Modell der Kommunalen Prävention entstand in der Rhein-Neckar-Region, jedoch nicht ursprünglich als Alternative zur Kooperativen Prävention; es handelte sich hierbei um ein Projekt im Rahmen der WHO, das erst später den heutigen Stellenwert im Rahmen der Herz-Kreislauf-Präventionsstudie erhielt. Vgl. hierzu: Malchow, H., Neumeister, H., Nüssel, E., Bergdolt, H., Ebschner, K.-H. (Hrsg.): Prävention in der Praxis, Grundlagen, Ziele, Erfahrungen, München 1984 sowie Nüssel, E., Lamm, G. (Hrsg.): Prävention im Gemeinderahmen - Europäische Erfahrungen in der Herz-Kreislauf-Vorsorge, München 1983

Die grundsätzliche Bereitschaft der niedergelassenen Ärzteschaft der Primärversorgung

- zur Mitwirkung an Modellversuchen mit präventiver Zielsetzung sowie
- zur Umsetzung des präventiven Gedankens in der Praxis

wurde außerdem vom WIAD 1979/1980 in einer repräsentativen Erhebung erfragt.

Als Ergebnis konnte festgehalten werden, daß über 80% der niedergelassenen jüngeren¹⁾ Internisten und über 70% der jüngeren Allgemeinmediziner und praktischen Ärzte Interesse hatten, bei Modellvorhaben/Forschungsaktivitäten (beispielsweise der Volkswagenstudie, der BASF-Studie, dem AOK-Mettmann-Projekt) mitzuwirken.²⁾

Bezogen auf die Bereitschaft zur Umsetzung des präventiven Gedankens wurde eruiert, inwieweit die befragten Ärzte die Gesundheitsberatung von 'Noch-Gesunden' als ihre Aufgabe ansahen. Hierzu konnte festgehalten werden, daß der Anspruch von Repräsentanten der Präventivmedizin, die ärztliche Tätigkeit auf den Personenkreis der 'Noch-Gesunden' auszudehnen, grundsätzlich von der Mehrzahl der Befragten positiv bewertet wurde. Dabei standen die jüngeren Internisten mit einer Befürwortung mit 76% an erster Stelle. Bei den Allgemeinärzten/prakt. Ärzten war es die mittlere Altersklasse³⁾, die diesem Anspruch mit 70% positiv gegenüberstand. Bei den höheren Altersklas-

1) Unter 'jüngeren' Ärzten sind alle Altersgruppen bis 44 Jahre subsumiert.

2) Vgl. Weber-Falkensammer, H. (Hrsg): Gesundheitsberatung als ärztliche Aufgabe, a.a.O., S. 33

3) Hiermit ist die Altersklasse '45-59' Jahre beschrieben.

sen wurden beide Arztgruppen (zu 43%) vorwiegend von dem Gedanken geleitet, Arzt für Kranke und nicht für Gesunde zu sein.¹⁾

Aus diesen Voruntersuchungen sowie der Analyse von Verlautbarungen konnte auf eine bestehende Beratungsneigung und eine positive Einstellung zur Prävention geschlossen werden.

4.3. Programmbeschreibung

Aufbauend und parallel zu der vorangegangenen Analyse wurde das Programm für Ärzte entwickelt.

Dabei wurden neben rein organisatorischen/strukturellen Bedingungen folgende Aspekte berücksichtigt:

Kompatibilität der Problemlösung mit der von der Systemebene getragenen Politik,

Kompatibilität von Programmtheorie und Programmzielen mit der Vorstellung der Vertreter der Systemebene,

Kompatibilität des zu entwickelnden Fortbildungsprogramms mit anderen bzw. eigenen Programmen der Systemebene.

Programmformulierung erfolgte unter der Federführung des Wissenschaftlichen Instituts der Ärzte Deutschlands, einer Tochter des Hartmannbundes, unter Hinzuziehung von Ärzten und Psychologen. Bei den einbezogenen Ärzten handelte es sich fast ausschließlich um Mitglieder des Hartmannbundes und des IAD und hier speziell um seine Vorstandsmitglieder.

¹⁾ Vgl. Weber-Falkensammer, H. (Hrsg.): Gesundheitsberatung als ärztliche Aufgabe, a.a.O., S. 31 f.

Wie bereits an vorausgegangener Stelle dargestellt, handelt es sich bei dem ärztlichen Fortbildungsprogramm um ein Leistungsprogramm im Sinne von Windhoff-Héritier. Es wurde vor dem Hintergrund erarbeitet, daß Prävention weder in der ärztlichen Aus-, Weiter- noch Fortbildung adäquate Berücksichtigung findet.

Zielsetzung des Programms ist die Vermittlung von Gesprächstechniken¹⁾ zur optimalen Ausgestaltung des Patient-Arzt-Gesprächs im Hinblick auf eine Motivierung zu einem gesundheitsgerechten Verhalten.

Neben der Vermittlung von Gesprächstechniken im Rahmen eines Seminars besteht die Fortbildungseinheit aus dem Heimstudium des Leitfadens zur Gesundheitsberatung.²⁾

Das Programm wurde vor seinem Einsatz wiederholt in der Praxis bei einzelnen Ärzten getestet und modifiziert.

4.3.1. Programmteil der Mesoimplementation

Zielgruppe der Mesoimplementation sind auf der einen Seite die unmittelbar niedergelassenen Ärzte der Primärversorgung in den Interventionsregionen, die Allgemeinmediziner, praktischen Ärzte und Internisten. Darüber hinaus werden auf der anderen Seite die organisierte Ärzteschaft sowie wichtige Institutionen/Organisationen des Gesundheitswesens mit dem Ziel der Unterstützungsleistung angesprochen; d.h. es werden auf der Ebene des Sozialsystems, das den Rahmen für die ärztliche Tätigkeit steckt, Informations- und Motivationsgespräche geführt, damit von dieser Seite aus für die Vertreter der Ebene des Personalsystems die entsprechende 'Rechtsstruktur' aufgebaut

1) Vgl. hierzu: Hübel, M., Kauderer-Hübel, M.: Handanweisung für die Durchführung von Kursen zur Gesprächsführung, Trainermaterial zum Manual zur Gesprächsführung, unveröffentlichtes Manuskript, o.J., o.O.

2) Vgl. Weber-Falkensammer, H., Geissler, Kh.A. (Hrsg.): Gesundheitsberatung, ein Leitfaden für die ärztliche Praxis, Wege der Patientenführung, Bd. 6, Erlangen 1984

wird, in deren Bereich die Mikroimplementation erfolgen kann. In diesem Zusammenhang wird unterschieden zwischen Implementationsstruktur im engeren und weiteren Sinn. Unter den Implementationsträgern im weiteren Sinn sind die Vertreter des Sozialsystems, wie Kammern, Kassenärztliche Vereinigungen, Akademien, Verbände zu subsumieren, unter Implementationsträgern im engeren Sinn die niedergelassenen Ärzte der Primärversorgung, die das Programm persönlich umsetzen.

Das Kernproblem ist vor allem die Gewinnung der Träger der Implementationsstruktur. Dies gilt sowohl für die Ebene des Sozialsystems als auch für die Ebene des Personalsystems. Unter diesem Gesichtspunkt bezieht sich ein Großteil der Mesoimplementation auf die Motivierung der niedergelassenen Ärzteschaft (Personalsystem), der ärztlichen Organisationen sowie sonstiger Träger des Gesundheitswesens, wie z.B. Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen etc. (Sozialsystem). Unter analytischen Gesichtspunkten ist von daher in der Phase der Mesoimplementation zwischen den Aktivitäten, die auf die Gewinnung und Motivation der Implementationsträger sowie denen, die auf die Befähigung zur Aufgabenerfüllung (Leistungsprogramme/Fortbildung) abzielen, zu unterscheiden.

An dieser Stelle ist hervorzuheben, daß es keine standardisierte Vorgehensweise gibt, die Implementationsstruktur bzw. den durch sie abgebildeten Personenkreis in den verschiedenen Regionen zu erreichen und zu gewinnen, was sich u.a. in Abb. 1 widerspiegelt.

Das Fortbildungsprogramm für Ärzte besteht, wie bereits betont, sowohl aus einem Heimstudium als auch einem Seminarprogramm zur Gesprächsführung.

Das Heimstudium umfaßt die Inhalte des Buches 'Gesundheitsberatung, ein Leitfaden für die ärztliche Praxis, Wege der Patientenführung, Bd. 6, Erlangen 1984'. Ziel des Buches ist es, Informationen über die Risikofaktoren in kurzer Form wiederzugeben. Dabei steht im Vordergrund nicht die möglichst breite

wissenschaftlich abgesicherte Information über die Risikofaktorenproblematik, sondern der risikofaktorenbezogene Beratungsaspekt, wie der Gliederung¹⁾ zu entnehmen ist.

Das Seminarprogramm, dessen Inhalt²⁾ durch die anwendungsorientierte Vermittlung von Gesprächstechniken bestimmt wird, basiert auf dem Heimstudium und setzt risikofaktorenbezogene Beratungsgespräche in seinen Mittelpunkt.

1) vgl. Weber-Falkensammer, H., Geißler, Kh.A. (Hrsg.): Gesundheitsberatung, a.a.O.

2) Im Seminar werden überwiegend praktische Übungen durchgeführt. Unter Videokontrolle wird den Teilnehmern ermöglicht, ihr eigenes Verhalten in Gesprächen kennenzulernen. Konkrete Verhaltensmuster können eingeübt und von den Teilnehmern selbst überprüft und korrigiert werden. Als Einführung (Heimstudium) erhalten die Seminarteilnehmer die entsprechende Literatur.

Das Programm ist wie folgt gegliedert:

Konzept der personenzentrierten Gesprächsführung

- Ziele und Methoden der Gesprächsführung
- Überblick über den Verlauf des Seminars
- Gegenseitige Vorstellung und Erfahrungsaustausch über Gesundheitsberatung in der Praxis
- Chancen und Probleme bei der präventiven Gesundheitsberatung

1. Trainingseinheit:

Personenzentriertes Basisverhalten

- Allgemeine Einführung
- Bestandsaufnahme des gegenwärtigen Gesprächsverhaltens
- Übungen in Kleingruppen zur Gesprächstechnik der Verbalisierung
- Übungen zum Erkennen und Verbalisieren von Gefühlsgehalten in Patientenäußerungen
- Video-Demonstration
- Übungen zum personenzentrierten Gespräch

2. Trainingseinheit:

Vertiefung des personenzentrierten Basisverhaltens und Anwendung auf die Thematik der Gesundheitsberatung

- Einführung
- Vertiefende Übungen zum Erkennen und Verbalisieren von inneren psychischen Zuständen (Gefühlen, Stimmungen, Wünschen etc.)
- Übungen zur Anamneseerhebung unter personenzentrierten Gesichtspunkten (Einstellungserkundung, Entstehungsbedingungen des problematischen Gesundheitsverhaltens, Hindernisse und Motivation zur Änderung)
- Übungen zur personenzentrierten Gesundheitsberatung
- Abschließende Diskussion und Erfahrungsauswertung, Übertragung in den Praxisalltag.

Das Seminar ist als Fortbildungsreihe geplant: Nach dem 2-tägigen Seminar finden hierauf aufbauende weitere Veranstaltungen statt, die einmal dem Ausbau und dem Training der erworbenen Fähigkeiten dienen, darüber hinaus aber auch zugleich zur Stabilisierung des Gesundheitsberatungsverhaltens der Ärzte beitragen. Es ist vorgesehen, in regelmäßigen Abständen von 2 Monaten eine 2-stündige 'Mittwochnachmittagsveranstaltung' zu etablieren.

4.3.2. Programmteil der Mikroimplementation

Die Gesundheitsberatung ist als ein verhaltensregulierendes Programm zu sehen. Die Durchführung¹⁾ der Mikroimplementation liegt bei den niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen, praktischen Ärzten und Internisten.

Das Beratungskonzept baut auf dem Subsidiaritätsprinzip auf, d.h. es vermittelt unter der übergreifenden Zielsetzung der Bevölkerung eine Hilfe zur Selbsthilfe.

Bei der Gesundheitsberatung handelt es sich um ein kommunikatives Geschehen: "Generationen von Ärzten haben ihre berufliche Praxis auf der Basis ihres spontanen Sprachverhaltens ausgeübt. Doch es gibt Unterschiede: Wer besonders die somatisch orientierte Medizin betont, erfährt vom Durchschnittspatienten nur wenig mehr als die Antworten auf seine detaillierten Fragen nach Beschwerden. Wer dagegen Psyche und Soma gleichgewichtet, wird zum Vertrauten und Ratgeber in Entscheidungsfragen, persönlichen Krisen, bei familiären Problemen etc."²⁾

1) Die eigentliche Durchführung ist aus der Sicht des Arztes auch als ein Leistungsprogramm zu beschreiben, über das Verhalten geändert werden soll. Die Leistung der Beratung wird bisher nicht honoriert, wie bereits betont.

2) Weber-Falkensammer, H., Geißler, Kh.A. (Hrsg.): Gesundheitsberatung, a.a.O., S. 19

Um zu erreichen, daß der Patient sein Risikoverhalten abbaut, muß zunächst im Patient-Arzt-Gespräch eine Vertrauensbasis aufgebaut werden, so daß ein Risikobewußtsein beim Patienten entwickelt werden kann.

Der Erfolg einer Beratung hängt von der Qualifikation des Arztes, seinen persönlichen Fähigkeiten, die über das Seminar entwickelt und trainiert werden sowie der Bereitschaft des Patienten zur Mitarbeit ab.

Wesentlich ist, daß es für die Gesundheitsberatung kein standardisiertes Konzept gibt. Vielmehr muß jede Beratung auf den Patienten individuell zugeschnitten sein, was den Ärzten einen breiten Raum zur freien Mitarbeit garantiert.

Welche Akzeptanz das Programm für Ärzte sowie das Gesamtprogramm bei den Vertretern der Ebene des Sozialsystems sowie den niedergelassenen Ärzten erfahren, wird im folgenden wiedergegeben.

5. Ergebnisbericht über die Phase der Mesoimplementation

Nach der Programmformulierung der Kooperativen Prävention, die größtenteils ohne Einbeziehung von Vertretern des Gesundheitswesens erfolgte, und seiner Veröffentlichung, insbesondere in Form des sog. Studienhandbuches sowie, zeitlich verschoben, des Operationshandbuches, wurde Kritik gegen die Kooperative Prävention laut. Im Mittelpunkt der Auseinandersetzung stand vorwiegend die Einbindung der Ärzteschaft, d.h. die den Kritikern zu geringe Beteiligung. Als Alternative wurde der Ansatz der Kommunalen Prävention zur Diskussion gestellt. Bei den Kritikern handelte es sich ausnahmslos um Vertreter der Ärzteschaft; ihr Hauptanliegen war, den durch die Kooperative Prävention vorgesehenen Einsatz bestimmter Berufsgruppen, wie u.a. Soziologen, Psychologen, Apotheker, Ernährungsfachkräfte, im Bereich des gemeindlichen Gesundheitswesens so einzuengen, daß für die Ärzteschaft keinerlei Konkurrenz aufgebaut würde.

Dies kam deutlich in entsprechenden Verlautbarungen vor der Programmbewilligung durch den Förderer in Form von Anforderungen an das Programm zum Ausdruck. Die Kritik führte zu einem Aufschub der Studie (der sog. Mittelsperre) um drei Monate. Diese Frist sollte zu einer einvernehmlichen Klärung der Problematik zwischen den Vertretern der Studie auf der einen Seite sowie der Ärzteschaft auf der anderen Seite genutzt werden. Die angestrebte Klärung verlief in den einzelnen Regionen der Kooperativen Prävention sehr unterschiedlich, was u.a. hier dargestellt werden wird.

Die sich anschließende Dokumentation wird zum einen nach den oben genannten Phasen (Phase vor der Bewilligung, Phase der Mittelsperre, Phase nach der Mittelsperre) gegliedert, zum anderen nach Akzeptanz des Gesamtprogramms sowie nach Akzeptanz des Programmteils für Ärzte. Während sich die Akzeptanz des Gesamtprogramms bzw. die Einflüsse auf das Gesamtprogramm aus der

- Analyse von Verlautbarungen/Stellungnahmen zur DHP - Koope-
rative Prävention,
- Analyse des Schriftverkehrs bzgl. der Studie zwischen Funk-
tionsträgern von Ärzteorganisationen, Studienbeteiligten,
Administration und politischen Funktionsträgern,
- Analyse von Artikeln wichtiger Träger der Implementations-
struktur in ärztlichen/medizinischen/berufspolitischen Zeit-
schriften sowie
- Analyse von Vereinbarungen zwischen den Studienzentren und
der Ärzteschaft

ableiten lassen, wird die Mesoimplementation des Arztprogramms
hauptsächlich über die

- Auswertung eines standardisierten Fragebogens zur Beurtei-
lung des Seminarprogramms und die
- Auswertung persönlicher Gespräche bzw. Diskussionsrunden mit
Vertretern der Ärzteschaft unter dem Blickwinkel der Imple-
mentation des Programms für Ärzte in den bestehenden Fort-
bildungseinrichtungen

wiedergegeben.

5.1. Akzeptanz des Gesamtprogramms

5.1.1. Darstellung und Analyse der Aktivitäten von Ärzteorga- nisationen vor der Bewilligung

Die nach der Formulierung des Studienhandbuchs der Kooperati-
ven Prävention abgegebenen Stellungnahmen vor der Bewilligung
werden im folgenden zunächst beschrieben, wobei einzelnen Dar-
stellungen Auszüge aus dem Studienhandbuch gegenübergestellt
werden. Zum Schluß werden die Stellungnahmen zusammengefaßt
und durch die Herstellung eines Sinnzusammenhangs zur eta-

bilierten ärztlichen Standes-/Interessenpolitik unter Berücksichtigung der Analysen der Verhandlungsstrukturen, die sich vor dem aufgezeigten Hintergrund abzeichnen, interpretiert.

5.1.1.1. Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Studienhandbuch

Nachdem die Programmformulierung der Kooperativen Prävention in Form des Studienhandbuchs 1983 ihren Abschluß fand, wurde das Handbuch parallel zur Weiterleitung an den Bundesminister für Forschung und Technologie auf dessen Wunsch der Bundesärztekammer als "Repräsentanz der gesamten deutschen Ärzte"¹⁾ zugesandt. Über eine positive Stellungnahme und Akzeptanz des Programms erhoffte man sich eine konfliktfreie Implementation in den Gemeinden oder aber wenigstens eine Verlagerung der deutlich werdenden Konflikte von der politischen Ebene in das Verhandlungsfeld von Ärzteorganisationen und Programmformulieren.

Der Vorstand der Bundesärztekammer nahm zum Studienhandbuch im Herbst 1983 wie folgt Stellung: "Die Ärzteschaft befürwortet alle Bemühungen, die das Bewußtsein der Verantwortung für die Gesundheit beim Bürger stärken und ihn zu einer gesunden Lebensweise anregen. ... Die deutschen Ärzte haben sich seit jeher aus eigener Initiative und auch ohne staatliche Unterstützung dieser Aufgabe gewidmet....

Der Vorstand der Bundesärztekammer hält es daher für unverzichtbar, die Erfahrungen und Kenntnisse insbesondere der niedergelassenen Ärzteschaft in Forschungsvorhaben zur Untersuchung von alternativen Primärpräventionsmodellen schon in der Forschungsplanung, jedoch auch in der kritischen Forschungsbegleitung und erst recht in der Durchführung von alternativen

¹⁾ Die Bundesärztekammer interpretiert sich entsprechend dem Beschluß des 64. Deutschen Ärztetages als die "Repräsentanz der gesamten deutschen Ärzte". Vgl. hierzu: Beschluß des 64. Deutschen Ärztetages, in: Wortbericht des 64. Deutschen Ärztetages, Köln 1961, S. 142.

Entwicklungsmodellen maßgeblich zu berücksichtigen" (vgl. Anlage 1).

Bezogen auf die Beteiligung der Ärzteschaft stellte er fest, daß dem Studienhandbuch nicht zu entnehmen sei, in welcher Form die Beteiligung von Ärzten bei den weiteren Forschungsarbeiten konkret erfolgen solle. Gerade dies war aber nach Meinung der Bundesärztekammer die zentrale Frage für eine endgültige Stellungnahme.

Weiter führte die Ärztekammer aus, daß die Organisation der Prävention in den Gemeinden nicht dazu führen dürfe, daß durch eine Institutionalisierung von Geschäftsstellen die persönliche ärztliche Verantwortung in der Primärprävention an ihrer vollen Entfaltung gehindert werde. Modelluntersuchungen, die dies nicht berücksichtigten, wären von vornherein ihrer Anlage nach unvollständig und daher wissenschaftlich verfehlt. Mit anderen Worten: Die Bundesärztekammer sah in den Geschäftsstellen eine unerwünschte Konkurrenz, die den niedergelassenen Arzt in seiner Tätigkeit begrenzte, da sie ihrer Meinung nach das Behandlungsmonopol der Ärzte in Frage stellten.

Insgesamt befürwortete die Bundesärztekammer jedoch die Studie, indem sie, gerade unter dem Gesichtspunkt des fehlenden Effektivitätsnachweises der präventiven ärztlichen Tätigkeit, die Notwendigkeit eines entsprechenden Forschungsvorhabens bejahte.

Zusammenfassend forderte sie genauere Angaben über die Beteiligung der Ärzteschaft, was über ein präzise formuliertes Operationshandbuch geschehen sollte, und die Etablierung eines "mit dem System der Gesundheitssicherung in der Bundesrepublik Deutschland bestens vertrauten wissenschaftlichen Beirats", der die weitere Planung und deren Durchführung kritisch begleiten sollte.

Bezogen auf die laut Bundesärztekammer fehlende Beschreibung der Form der Beteiligung der Ärzteschaft in den weiteren Forschungsaktivitäten wird hier der diesbezügliche Text des Studienhandbuchs wiedergegeben.

"Eine besonders wichtige Multiplikatorengruppe sind diejenigen Medizinberufe, die traditionell in der Bevölkerung als Experten für Gesundheit und Krankheit gelten: die Ärzte und Apotheker. Einschlägige Erfahrungen in vergleichbaren Studien haben gezeigt, wie wichtig es ist, daß sich diese Berufsgruppen mit der Intervention und ihren Zielen identifizieren und in der aktiven Mitarbeit engagieren. Dies ist eine wesentliche Voraussetzung für die breite Akzeptanz in der Bevölkerung. Um zu gewährleisten, daß die niedergelassenen Ärzte und Apotheker genau über die DHP und ihre Ziele informiert sind und diese in die Beratung ihrer Patienten bzw. Kunden umsetzen können, ist eine einheitliche diesbezügliche Fortbildung in den Studiengemeinden erforderlich.

Ärzte der primären Versorgung aus den Studiengemeinden sollen sowohl indirekt über die Standesorganisationen als auch direkt persönlich angesprochen und zur Teilnahme an einem standardisierten Fortbildungsprogramm motiviert werden.

Wegen der erfahrungsgemäß begrenzten Zeit, die der Arzt für die persönliche Kommunikation mit seinen Patienten aufwenden kann, soll die Fortbildung ergänzt werden durch ein darauf abgestimmtes Schulungsprogramm für Arzthelferinnen. Dabei wird die einzelne Arztpraxis als Einheit gesehen, in der der Praxisinhaber die Gesundheitsberatung seiner Patienten entsprechend seinem Verständnis organisieren und dabei seine Arzthelferinnen einsetzen kann.

Ein besonderes Gewicht in der Schulung von Ärzten und Arzthelferinnen wird auf die Vermittlung von Kompetenzen zur Gesprächsführung gelegt. Hauptziel ist die Ausweitung und Verbesserung der Beratungstätigkeit niedergelassener Ärzte. Durch Gesundheitsberatung soll Verhalten in dem Sinne beeinflusst werden, daß bereits manifeste Risikofaktoren verringert sowie

die Entstehung von Risikofaktoren verhindert wird. Der Arzt weist auf Fehlverhalten hin, spürt dessen Gründe auf, baut gegebenenfalls Änderungsbarrieren ab, regt den Patienten zur Eigeninitiative an und zeigt Strategien zur Verhaltensänderung auf."1)

Wie dem Text zu entnehmen ist, wird im Studienhandbuch die Beteiligung der Ärzte beschrieben, und zwar in der Form und Tiefe, wie es in einem Studienhandbuch, dem noch ein Operationshandbuch nachgestellt wird, möglich ist. Offensichtlich wurde jedoch eine weiterreichende Beteiligung im Sinne des Ansatzes der Kommunalen Prävention mit expliziter Nennung der bei diesem Ansatz geltenden Weisungsrechte gewünscht, ohne dies jedoch als inhaltliche Forderung deutlich zu präzisieren, um den Eindruck eines objektiv urteilenden Gremiums nicht zu gefährden.

Die den Geschäftsstellen in der Stellungnahme zugewiesene Einengung der persönlichen ärztlichen Verantwortung kann dem Studienhandbuch nicht entnommen werden, wo es heißt:

"Der Arbeitskreis Gesundheit sowie das Studienzentrum benötigen in der Gemeinde eine Geschäftsstelle, mit der sie für den Bürger präsent und während der Geschäftszeiten ansprechbar sind. Die Geschäftsstelle dient somit primär als Informationszentrale, kann aber auch, soweit erforderlich, Selbsthilfeaktivitäten durch die Bereitstellung von organisatorischen Hilfen, Material und Räumen unterstützen. Um eine stabile Implementation zu erreichen, soll die Geschäftsstelle entsprechend den vorgefundenen Bedingungen in der Studiengemeinde, soweit möglich in den Räumen eines dafür geeigneten Trägers etabliert werden (z.B. Ärztehaus, Gesundheitsamt, Krankenkasse etc.)."2)

1) Hoffmeister, H., Kreuter, H., v.Troschke, J. (im Auftrag der DHP): Studienhandbuch DHP, a.a.O., S. 31

2) ebenda, S. 31

Auch eine spätere Ergänzung dieses Textes um den folgenden Passus kann die von der Bundesärztekammer befürchtete Einschränkung in der Entfaltung der ärztlich durchgeführten Primärprävention nicht unterstreichen: "Darüber hinaus hat die Geschäftsstelle auch die Funktion, die Bewohner und sozialen Gruppen zu erreichen, die durch die 'institutionellen' Träger nur schwer oder gar nicht erreichbar, und die im wesentlichen nur über den Ansatz der aktivierenden Gemeinwesenarbeit zu aktivieren und motivieren sind. Entsprechend diesem Arbeitsprinzip werden diese Gruppen über die auf Gemeinde- und Stadtteilbene vorhandenen traditionellen, informellen sozialen Netze (Nachbarschaften, Freundes- und Bekanntenkreis etc.) angesprochen. Die DHP-Geschäftsstelle stellt für diese Gruppen im Stadtteil eine Art Begegnungsstätte dar, in der verschiedene gesundheitliche Aktivitäten und Aktionen geplant und durchgeführt werden, unter Beachtung der sozialen Kompetenz der Betroffenen"¹⁾. In dieser Ergänzung kommt vielmehr zum Ausdruck, daß diejenigen, die durch das bestehende Netz der ärztlichen Versorgung nicht erfaßt werden, hierüber ein Alternativangebot erhalten.²⁾

5.1.1.2. Stellungnahme eines Landesvorsitzenden des NAV zur Kooperativen Prävention

Während bei der Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Studienhandbuch der DHP die Kommunale Prävention noch nicht explizit in die Diskussion einbezogen wurde, geschah dies in einem Schreiben vom 13. 12. 1983 eines Landesverbandsvorsitzenden des NAV an den BMFT.

1) Ergänzungen zum Studienhandbuch der DHP - Kooperative Prävention; diese werden in der bevorstehenden Neuauflage in 1987 berücksichtigt werden.

2) Vgl. hierzu: Klaes, L.: Soziale Benachteiligung und Gesundheitsverhalten, a.a.O. sowie Wendt, G.: Disparitäten der ärztlichen Versorgung in Großstädten der BRD, a.a.O.

Ausgehend von der Ankündigung des Beginns der Kooperativen Prävention zum 1.1.1984 in Mannheim und Weinheim durch den zuständigen Projektleiter der Studie im Dezember 1983, wurde seitens des Landesverbandsvorsitzenden darauf hingewiesen, daß die Stellungnahme der Bundesärztekammer vom September 1983 nicht berücksichtigt sei. Er teilte mit, der Vorsitzende der Ärzteschaft Mannheim sei 'auf's höchste besorgt und kündige den schärfsten Widerstand der Mannheimer Ärzteschaft für den Fall an, daß diese Aktivitäten in Mannheim platzgreifen.'

Er betonte, die Kooperative Prävention stünde im krassen Gegensatz zum Modell der Kommunalen Prävention, welches sich bereits so bewährt habe, daß es in Zukunft auf ca. 21 bundesrepublikanische Städte ausgedehnt werden solle.

Das Modell der Kooperativen Prävention hingegen wurde als Konzept mit systemverändernden Konsequenzen im Sinne einer zentralistischen '- um nicht zu sagen, sozialistischen -' Medizin dargestellt.

Trotz dieser Einstellung zur Kooperativen Prävention stellte der Landesvorsitzende des Landesverbandes Baden-Württemberg des NAV an späterer Briefstelle fest, daß es nach seinem Verständnis der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie darauf ankommen solle herauszufinden, welches System der Prävention im Sinne der Effektivität und Effizienz geeignet sei, breitenwirksam Risikofaktoren abzubauen. Obgleich man die größten Vorbehalte gegen die in Mannheim-Neckarau und Weinheim bereits eingeleitete interventive Prävention habe, sei man dennoch damit einverstanden, daß ein solches Konzept im Sinne der oben genannten Effektivität wissenschaftlich geprüft werde. Eine solche Prüfung sei jedoch nur dann sinnvoll, wenn ein anderes Präventionskonzept vergleichend gegenübergestellt werde.

Als Vergleichskonzept wurde das Modell der Kommunalen Prävention für geeignet gehalten.

Hieraus wurden die Empfehlungen abgeleitet, daß

- erst dann die Hauptstudienphase der Kooperativen Prävention bewilligt werden solle, wenn beide Konzepte der Prävention gutachtlich geprüft und von den maßgeblichen Instanzen der Landesorganisationen befürwortet seien;
- die Mittel für die Studie für alle Zentren solange gesperrt bleiben sollten, bis der erste Punkt erfüllt sei;
- unverzüglich, vor Gewährung der Mittel, ein Beirat gebildet werden müsse, damit dieser noch Einfluß auf die Hauptstudienphase habe.

Es wurde für dringend notwendig erachtet, die in Klinik und Praxis tätige Ärzteschaft noch in die Planung der Hauptstudienphase einzubeziehen. Hierzu sei die Ärzteschaft bereit. Eine entsprechende Bereitschaft zur Kooperation in der Planungsphase erwartete man auch von den Mitgliedern der Kooperativen Prävention.

Anhand dieser Kurzdarstellung wird deutlich, daß es hauptsächliches Ziel war, eine Förderung der Kommunalen Prävention zu erreichen, obschon im gleichen Brief hervorgehoben wurde, daß die Kommunale Prävention 'ohne staatliche Hilfe' funktioniere. Die Bandbreite der Aussagen zur Kooperativen Prävention reichten in ein und demselben Schreiben von der Gegenargumentation unter der Einordnung der Kooperativen Prävention als 'systemveränderndes' Konzept bis zur Duldung der Studie unter dem Gesichtspunkt des Testens. Damit wurde eine anfänglich klare negative Stellungnahme später ad absurdum geführt. Die Duldung eines Konzeptes mit 'systemverändernden Konsequenzen' im Sinne einer zentralistischen/sozialistischen Medizin mit dem Ziel, das eigene Konzept dagegen abzutesten, kann nur bedeuten, daß die Begriffe politisch steuernd benutzt wurden, um aufgrund eines so initiierten negativen Meinungsbildes die breite Ärzteschaft - aber auch die Administration - für das Konzept der Kommunalen Prävention zu gewinnen und gegen das Konzept der Kooperativen Prävention einzunehmen.

Der Programmteil für Ärzte spielte in den gesamten Diskussionen kaum eine Rolle, zumal hier das ärztliche Behandlungsmonopol nicht tangiert wurde. Daß das Konzept der Fortbildung al-

lerdings die Beratungskompetenz in Frage stellte, wurde zu diesem Zeitpunkt nicht kritisch moniert, was auf mangelnde Selbstkritik sowie das Selbstverständnis der ärztlichen Funktionsträger zurückzuführen ist, aufgrund ihrer Ausbildung alles zu beherrschen, was für die Ausübung des ärztlichen Berufes notwendig ist. Von daher waren die Interessenvertreter der Zielsetzung des ärztlichen Programms gegenüber relativ 'blind' und beschäftigten sich offensichtlich in dieser Phase nicht ernsthaft mit diesem Programmteil; der Aspekt der mangelnden Kompetenz wurde somit für die Interessenvertreter nicht deutlich.

Ziel und Zweck der Auseinandersetzung war mithin nicht das zu implementierende Fortbildungsprogramm für Ärzte, vielmehr war Angelpunkt der Diskussion die deutlich feststellbare unterschiedliche Reichweite der Einflußmöglichkeiten der Ärzteschaft auf primärpräventive Maßnahmen im gemeindlichen Rahmen und damit die unterschiedliche Akzeptanz und das unterschiedliche Verständnis von der ärztlichen Selbstverwaltung im Rahmen der beiden Ansätze.

5.1.1.3. Stellungnahme des Vorsitzenden des Hartmannbundes zur Stellungnahme des NAV-Landesvorsitzenden

Der Vorsitzende des Hartmannbundes nahm in seiner Funktion sowohl als Vertreter der Ärzteschaft als auch als Befürworter/Interessenvertreter der Kooperativen Prävention in seinem Schreiben vom 4. Februar 1984 an den BMFT Stellung. Er hielt fest, daß das so kritisierte Projekt der Kooperativen Prävention in Mannheim-Neckarau und Weinheim, das alle fachlich dazu geeigneten Berufsgruppen in der gemeinsamen Erfüllung präventiver Aufgaben beteilige, und das in dieser Form als Ergebnis der Vorstudie an vielen Stellen in der Bundesrepublik Deutschland ebenfalls verwirklicht werden solle, nach Auffassung des Hartmannbundes, des Hartmannbundes in Baden-Württemberg, des Präsidenten der Ärztekammer Baden-Württembergs und auch der Bundesärztekammer weder systemverändernde Konsequenzen noch den Charakter einer sozialistischen Medizin habe. Immerhin sei

das in den Hartmannbund integrierte und von seinem Geschäftsführenden Vorstand geleitete Wissenschaftliche Institut der Ärzte Deutschlands seit 1979 an der Studie beteiligt und über alle Einflußnahmen im Bereich dieser Studie ausreichend informiert, um den 'politischen' Charakter beurteilen zu können.

Bezogen auf die Aktivitäten hinsichtlich der Durchführung der Kommunalen Prävention hielt er fest, daß er von verschiedenen Stellen, u.a. auch aus dem Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit, Informationen erhalten habe, wonach das Projekt der Kommunalen Prävention ohne Vorlage wissenschaftlich fundierter Berichte und ohne Begründungen für die Fortführung seines Programmes weitere staatliche Förderungsmittel beanspruche. Diesen Kern der Wahrheit solle man seiner Meinung nach nicht mit Begriffen wie 'Ungeheuerlichkeit und Systemveränderung' und 'sozialistischem Zentralismus' zu kaschieren versuchen.

Ferner stellte der Vorsitzende des Hartmannbundes fest, daß aufgrund der Tatsache, daß das vom Hartmannbund getragene Wissenschaftliche Institut der Ärzte Deutschlands die Gesamtkoordination der DHP erhalten habe, ein Verband mit 36.142 ärztlichen Mitgliedern hinter dem Forschungsprogramm stehe.

5.1.1.4. Stellungnahme des Bundesvorsitzenden des NAV zur Stellungnahme des Vorsitzenden des Hartmannbundes

Zu dem Schreiben des Vorsitzenden des Hartmannbundes nahm der Bundesvorsitzende des NAV als Vertreter der niedergelassenen Ärzteschaft sowie als Interessenvertreter seiner Landesverbände und der Kommunalen Prävention in einem Brief vom 21.2.1984 an den BMFT Stellung.

Er hob hervor, daß er voll hinter dem Schreiben des Landesvorsitzenden an den BMFT stehe, da hier die Haltung der Bundes-

ärztekammer zur Kooperativen Prävention durchaus richtig interpretiert sei.

Weiter wiederholte er die bereits von der Bundesärztekammer aufgestellten Forderungen und Feststellungen hinsichtlich der Einbindung der Ärzteschaft sowie der Errichtung der Geschäftsstellen.

Dies mündete in die Aussage des NAV-Vorsitzenden, er halte es für untragbar, daß der Hauptphase einer Studie stattgegeben werde, die

- sich Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP) nenne und von daher einen erheblichen Anspruch vermittele,

- viele Millionen D-Mark koste und

- über acht Jahre laufen solle,

bevor nicht die endgültige zentrale Planung den Konsens der breiten Ärzteschaft gefunden habe.

Er betonte, daß der NAV die Studie unter Berücksichtigung der vom Vorstand der Bundesärztekammer in seiner Stellungnahme gemachten Einwände durchaus billige. Es wurde jedoch gleichrangig hervorgehoben, daß gleichzeitig mit der mit der Ärzteschaft abgestimmten Kooperativen Prävention die Kommunale Prävention durchgeführt werden müsse, um zu Erkenntnissen zu gelangen, wie primäre Prävention gesellschaftlich optimal zu verankern sei.

5.1.1.5. Stellungnahme des Vorsitzenden der Ärzteschaft Mannheim

Parallel zu dem Schreiben des Vorsitzenden des NAV ging dem BMFT ein Schreiben des Vorsitzenden der Ärzteschaft Mannheim in seiner Funktion als Interessenvertreter der Ärzteschaft und der Kommunalen Prävention zu, das in seinen Inhalten mit den Schreiben des Landesvorsitzenden des NAV in Baden-Württemberg sowie des Bundesvorsitzenden des NAV korrespondierte.

Er hob besonders hervor, daß über die in Mannheim-Neckarstadt und Weinheim geplante Durchführung der Kooperativen Prävention offenbar ein Forschungsprogramm ohne Berücksichtigung der niedergelassenen Ärzteschaft 'in Gang gesetzt' würde. Wie von anderer Seite bereits klargestellt, wurde auch hier betont, eine Präventivmedizin könne nur effektiv sein, wenn die Ärzteschaft bereits im Planungsstadium involviert sei. Es wurde moniert, daß es keinerlei persönliche Informationen seitens der Studie an die Mannheimer Ärzteschaft gegeben habe.

Der Vorsitzende betonte weiter, die von ihm vertretene Ärzteschaft sähe es als einen groben Affront an, wenn das Bewilligungsverfahren der DHP-Hauptstudienphase weiter betrieben würde, und ein Konsens¹⁾ mit der Ärzteschaft noch ausstehe.

Der Brief endete mit der bereits vom Landesvorsitzenden des NAV in Baden-Württemberg wiedergegebenen Einstellung der Mannheimer Ärzteschaft, daß für den Fall, daß es nicht zu einer praktikablen und von beiden Seiten getragenen Zusammenarbeit kommen werde, die Verantwortlichen der Kooperativen Prävention im Mannheimer Raum mit dem stärksten und wirksamen Widerstand der Ärzteschaft Mannheim und Weinheim rechnen müßten.

5.1.1.6. Stellungnahme des Präsidenten der Landesärztekammer Baden-Württemberg

Der Präsident der Landesärztekammer Baden-Württemberg unterstrich in einem Schreiben vom 22.2.1984 an den BMFT ebenfalls die Wichtigkeit der Erprobung verschiedener Modelle nebeneinander.

1) An dieser Stelle ist allerdings unklar, worauf sich der Konsens bezieht. Es könnte sowohl die Kooperation innerhalb der Kooperativen Prävention mit der Ärzteschaft als auch ein Konsens hinsichtlich der Bewilligung der Kommunalen Prävention gleichzeitig mit der Kooperativen Prävention gemeint sein. Letzteres, die Förderung der Kommunalen Prävention, wird ebenfalls an dieser Stelle gefordert.

Er hielt es für zwingend notwendig, die niedergelassene Ärzteschaft, die in den Studiengemeinden zu integrieren sei, in ein zentrales Planungsgremium der DHP zu wählen, bevor die endgültige Planung der Hauptstudienphase abgeschlossen wäre. Darüber hinaus bat er um die baldige Installierung des Beirats, und zwar vor der endgültigen Genehmigung des Studien- und Operationshandbuches, damit dieser nicht nur dazu degradiert wäre, darüber zu wachen, was bereits für 8 Jahre festgeschrieben sei.

Es sei angemerkt, daß der Präsident der Landesärztekammer offensichtlich als entscheidendes Differenzierungskriterium zwischen den beiden Ansätzen die Existenz bzw. Nichtexistenz von Geschäftsstellen und nicht den unterschiedlichen Einflußbereich der Ärzteschaft sieht¹⁾, es sei denn, er glaubt, durch die Einbeziehung der Ärzteschaft in die endgültige Planung der Hauptstudienphase diesen letzten Unterschied eliminieren zu können.

5.1.1.7. Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Operationshandbuch

Bereits im Februar 1984 war, entsprechend der Forderung der Bundesärztekammer in der Stellungnahme zum Studienhandbuch, das Operationshandbuch für die Kooperative Prävention der Bundesärztekammer übersandt worden. In der Stellungnahme zum Operationshandbuch, deren Auswirkungen und Forderung bei einer Besprechung im BMFT am 12.4.1984 einfließen (vgl. 5.1.1.8.), hieß es (vgl. Anlage 2):

¹⁾ In seinem Schreiben an den BMFT bittet er, "sowohl die 'kooperative Prävention' (mit Geschäftsstellen) als auch die 'kommunale Prävention' (ohne Geschäftsstellen) in die DHP einzubeziehen und zu fördern."

"Die in der Bundesrepublik Deutschland seit Jahren beobachtete Häufigkeit von Herz-Kreislauf-Erkrankungen erfordert den Einsatz geeigneter präventivmedizinischer Maßnahmen, um ein weiteres Ansteigen dieser Erkrankungshäufigkeit zu verhindern und sie nach Möglichkeit zu senken. Geeignete, insbesondere übertragbare Maßnahmen müssen erfolgversprechend, wissenschaftlich begründet und bewertbar sein. Darüber hinaus müssen sie von allen an der praktischen Durchführung zu Beteiligten akzeptiert und daher von ihnen mit Überzeugung umgesetzt werden."

Diese Aussage wurde an späterer Stelle dahingehend präzisiert, daß nur die Maßnahmen als erfolgversprechend angesehen wurden, die von den Ärzten initiiert, akzeptiert und unter Berücksichtigung örtlicher Gegebenheiten verwirklicht würden.

Hier sei kurz an die im 3. Kapitel aufgeführten Unterschiede zwischen Kooperativer und Kommunalen Prävention erinnert, wonach bei der Kooperativen Prävention die Intervention nur dort einer ausdrücklichen ärztlichen Bewilligung bedarf, wo die Ärzte direkt einbezogen sind oder wo streng medizinische Fragen im Vordergrund stehen, wo hingegen bei der Kommunalen Prävention jede einzelne Aktivität nur im Einvernehmen mit der örtlichen Ärzteschaft bewertet, geplant und umgesetzt wird. Die Forderung der Ärztekammer ist nahezu identisch mit der Vorgehensweise bei der Kommunalen Prävention, so daß eine uneingeschränkte Akzeptanz dieser Aussage die unterschiedlichen Ansätze zu einem Ansatz überführen könnte. Die Abprüfung der beiden Ansätze hinsichtlich ihrer Effektivität wäre auf diese Weise nicht mehr möglich.

Die obige Aussage hinsichtlich des Kriteriums für erfolgreiche Maßnahmen leitete die Ärztekammer aus der Einstellung der Bevölkerung einerseits und den präventivmedizinischen Anstrengungen der Ärzteschaft andererseits ab.

Inwieweit dies tatsächlich die Einstellung der Bevölkerung ist, kann nicht nachvollzogen werden, da entsprechende Quellen nicht angegeben sind. Im übrigen sei an dieser Stelle noch einmal darauf hingewiesen, daß ein Teil der Bevölkerung in der

ärztlichen Versorgung objektiv benachteiligt ist oder sich subjektiv benachteiligt fühlt.¹⁾

Hinsichtlich der präventivmedizinischen Anstrengungen sei festgehalten, daß zum Zeitpunkt der Formulierung des DHP-Programms der Kooperativen Prävention der Präsident der Bundesärztekammer noch feststellte, daß zukünftig die Beratung zu gesunder Lebensführung einen größeren Raum in der ärztlichen Tätigkeit einnehmen müsse.²⁾ Jungmann stellte gleichzeitig fest, daß die meisten seiner Kollegen nur wenig Interesse für die Gesundheitserziehung zeigten.³⁾

Die Ärztekammer war weiterhin der Meinung, daß die Maßnahmen, die von anderer Seite initiiert würden, nur dann von den Ärzten akzeptiert und umgesetzt würden, wenn sie diese frühzeitig kennengelernt, diskutiert und eventuell ihrem Kenntnisstand nach modifiziert hätten. "Die Bewilligung durch die Ärzteschaft ist daher die unverzichtbare Grundvoraussetzung für den Erfolg solcher Maßnahmen."

Aus diesen übergreifenden Stellungnahmen zum Stellenwert der Ärzteschaft in der Prävention wurden für die Durchführung der Kooperativen Prävention u.a. folgende Forderungen abgeleitet:

1. Prüfung des Entwurfs des Operationshandbuchs durch berufspolitische Verbände der niedergelassenen Ärzte auf Bundesebene, durch Repräsentanten der für die Studiengemeinden zuständigen Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen und durch die mit der Durchführung der DHP beauftragten niedergelassenen Ärzte.

1) Vgl. hierzu ausführlich: Wendt, G.: Disparitäten der ärztlichen Versorgung in Großstädten der BRD, a.a.O.

2) Vgl. Deutscher Ärztetag: Gesundheits- und sozialpolitische Vorstellungen der deutschen Ärzteschaft, a.a.O., S. 19

3) Vgl. Jungmann, G.: Möglichkeiten des Arztes in der Gesundheitserziehung, in: Landesärztekammer Hessen (Hrsg.): Gesundheitserziehung als ärztliche Aufgabe. Bericht über den 24. Fortbildungskongreß 1979 in Bad Nauheim.

2. Berufung eines von den ärztlichen Selbstverwaltungskörperschaften vorzuschlagenden Arztes aus jeder Studienregion in zentrale und lokale Planungsgremien der DHP.
3. Entscheidungsrecht der Ärzte über die Übernahme der im Operationshandbuch vorgesehenen Strukturen und Verfahrensschritte.¹⁾

Der Vorstand der Bundesärztekammer betonte, daß allein die Beachtung dieser Forderungen die Mitarbeit der Ärzte sicherstelle.

Dies war die Tendenz der Stellungnahmen seitens der Vertreter des Sozialsystems vor Bewilligung der Kooperativen Prävention. Ziel aller Stellungnahmen bis auf die des Hartmannbundes war es offensichtlich, den Ärzten das alleinige Entscheidungsrecht über die Zuständigkeiten in Planung, Organisation und Durchführung präventiver Aktivitäten einzuräumen, sei es durch entsprechenden Einfluß auf das Design der Kooperativen Prävention, wodurch letztlich eine Überführung des Ansatzes der Kooperativen Prävention in den Ansatz der Prävention erreicht werden sollte, sei es durch die Stützung oder die Durchsetzung der Förderung der Prävention.

5.1.1.8. Gemeinsame Besprechung von Gesundheits- und Sozialpolitik des Gesundheitssystems sowie der Aufgaben des BMFT

Am 12.4.1984 fand im BMFT eine Durchföhrung der DHP - Kooperative Prävention mit den Repräsentanten der Bundesärztekammer und Vertretern der Bundesgesundheitsministerien, auch Vertreter des NAV, BMJFFG sowie des BMFSFJ waren.

Hierbei wurde von Seiten der Vertreter der Bundesgesundheitsministerien betont,

¹⁾ Dies gilt ausdrücklich für die Geschäfte, die sonstigen Strukturen, die Erschließung nichtärztlicher Bereiche, die Demonstrationstage und die vorgesehene Ausbildung einschließlich ihres Inhaltes.

daß in den geplanten Studienregionen und vor allem in Mannheim ein Programm durchgeführt werden solle, das mit der Ärzteschaft nicht hinreichend abgestimmt worden sei. Speziell für die Studienregion Mannheim wurde auf Entwicklungen der Vergangenheit hingewiesen, z.B. die Einrichtung eines Gesundheitsladers, die von der Ärzteschaft nicht getragen werden könne.

Es wurde ausgeführt, daß die Ärzteschaft in Mannheim beunruhigt sei. Diese Beunruhigung könne nur gelegt werden, wenn der Ärzteschaft überzeugend vermittelt werden könne, daß ihre Mitwirkung in der Studie gewollt und möglich sei. Als Zeichen hierfür forderte sie die Verschiebung der Durchführung der Kooperativen Prävention.

Dieser so entstehende Aufschub sollte ihrer Ansicht nach genutzt werden, um in Gesprächen mit der niedergelassenen Ärzteschaft der Interventionsregionen eine Anpassung der Maßnahmen des Operationshandbuches gemäß ihren Vorstellungen herbeizuführen.

5.1.1.9. Ergebnisse der Stellungnahmen der Ärzteorganisationen

Als Resultat der Stellungnahmen und Besprechungen der Vertreter des Sozialsystems mit der Administration wurde vom BMFT in den Bewilligungsbescheid vom 27.4.1984 für die Durchführungsphase eine Sperre aufgenommen, die den Mittelbedarf für die Intervention bis zum 31.7.1984 blockierte. "Der Zeitraum sollte benutzt werden, um die regionale Beteiligung der Ärzteschaft im Rahmen der Maßnahmen des Operationshandbuches herbeizuführen."¹⁾

Die Mittelsperre stellte angesichts der Forderungen des NAV, Landesverband Baden-Württemberg, sowie der Ärzteschaft Mannheim nach einer Verschiebung der Bewilligung der DHP auf den Zeitpunkt, zu dem beide Konzepte zur Bewilligung vorliegen

1) Nebenbestimmungen des Zuwendungsbescheides vom 27.4.1984 "Zuwendung aus dem Bundeshaushalt, Einzelplan 30, Kapitel 3003, Titel 685 23, Haushaltsjahr 1984, für das Vorhaben: Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie - Hauptphase - Förderungskennzeichen 0706432 2, 422 - 4007 - 0706432".

würden, einen Kompromißvorschlag dar, der nicht der tatsächlichen Forderung nachkam, eine Einmischung in die ärztliche Selbstverwaltung - hier in der Ausprägung als Recht, das Handlungsfeld der Prävention allein zu interpretieren und zu entwickeln - zu verhindern, der vielmehr den Meinungs austausch zwischen Vertretern der Kooperativen Prävention und der Ärzteschaft auf der Basis des fertiggestellten Operationshandbuches in den Vordergrund stellte.

Gleichzeitig mit der Bewilligung der Kooperativen Prävention wurden die Mitglieder des Beirates¹⁾ berufen. Unter der organisatorischen Betreuung durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung trafen sich die Mitglieder im August 1984, d.h. nach der dreimonatigen Mittelsperre, zur konstituierenden Sitzung.

Der Forderung der Ärzteschaft, den Beirat schon vor der Bewilligung zu etablieren und ihm die Funktion des 'Studienplaners' zuzuordnen, wurde somit ebenfalls nicht entsprochen. Allerdings wurden hieraus seitens der Ärzteschaft keine Konsequenzen gezogen.

5.1.1.10. Zusammenfassende Analyse

Über die Stellungnahmen der Ärzteorganisationen wird eindeutig der erste Teil der eingangs aufgestellten Hypothese, 'die Ärzteschaft interpretiert und entwickelt das Handlungsfeld der Prävention als ärztliches Monopol' bestätigt. Insbesondere sind es die Bundesärztekammer, die Landesärztekammer Baden-Württemberg, der NAV-Bundesverband, der NAV-Landesverband Baden-Württemberg sowie die Ärzteschaft Mannheim/Weinheim, die mit ihren Stellungnahmen und Forderungen den Beweis erbringen.

1) Der Beirat setzt sich aus 15 Mitgliedern zusammen. Hierbei handelt es sich um Vertreter der Länder, in denen die Studie etabliert wird, Vertreter des Gesundheitssystems sowie in- und ausländische Experten/Wissenschaftler auf den Gebieten Intervention und Evaluation.

Diesem Anspruch, der von den genannten Ärzteorganisationen verteidigt wird, standen in der Vorstudienphase die Administration sowie die Programmformulierer diametral gegenüber, insofern als der Bundesminister für Forschung und Technologie die Entwicklung des Programms der Kooperativen Prävention nicht in die Hände der Ärzteschaft legte, sondern damit Forschungsinstitute betraute, in denen kaum Ärzte, stattdessen u.a. Soziologen, Pädagogen und Psychologen beschäftigt waren.¹⁾ Das einzige diesbezügliche Entgegenkommen stellte die Einbeziehung des WIAD, des Forschungsinstitutes des Hartmannbundes dar, wobei diesem zunächst allein die Aufgabe zukam, ein Fortbildungsprogramm für Ärzte zu entwickeln. Koordinationsstelle wurde es erst 1982, jedoch nicht aufgrund seiner Zugehörigkeit zu einem Ärzteverband, sondern aufgrund der seitens des Projektleiters immer wieder wahrgenommenen Ausgleichsfunktion bei Auseinandersetzungen zwischen den Projektleitern.

Vor der Phase der Begutachtung und Entscheidungsfindung hinsichtlich einer Förderung stand die Administration jedoch im sich abzeichnenden Konflikt mit der Ärzteschaft vor dem Problem, daß durch die mangelnde Integration wesentlicher Interessenträger des Gesundheitswesens mit erheblichen Durchführungsschwierigkeiten bei der Programmumsetzung zu rechnen war, was insbesondere auf das Monopol der Ärzteschaft im Bereich der medizinischen Leistungen und hieraus resultierender Macht der Ärzteorganisationen zurückzuführen war. Eine Verweigerung der Ärzteschaft im Rahmen präventiver Programme hätte im bestehenden Gesundheitssystem empfindliche Lücken aufgetan, zumal ein Großteil der Bevölkerung allein den Arzt als seinen Ansprechpartner in allen Fragen, die die Gesundheit betreffen, ansieht. Selbst wenn er zur Zeit keine effektive Gesundheitsberatung durchführt, hätte eine Ablehnung sich auf die genannten Bevölkerungsgruppen bei entsprechender Verlautbarung durch

¹⁾ Bei den Projektleitern selbst handelte es sich, mit Ausnahme des Vertreters aus Berlin, der Chemiker war, um Mediziner, so daß von daher nicht ohne den medizinischen Sachverstand, jedoch mit überwiegend interdisziplinärer Ausrichtung, das Programm der Kooperativen Prävention entwickelt wurde.

den Hausarzt in Form von fehlender Akzeptanz der Studie niedergeschlagen. Von daher und zur Legitimierung der Entscheidung des Bundesministers für Forschung und Technologie wurde kurzfristig eine 'Verhandlungsstruktur' institutionalisiert, die aus der Bundesärztekammer auf der einen Seite und den Vertretern der Kooperativen Prävention auf der anderen Seite bestand. Ziel war es, einen gegenseitigen Abstimmungs- und Anpassungsprozeß von Forderungen und Erwartungen in Gang zu setzen, der letztendlich die Administration von den Kosten der Problembearbeitung entlastete.

Durch die Bundesärztekammer wurde eine Großorganisation in die Entscheidungsfindung einbezogen, der aufgrund ihrer Binnenstruktur, d.h. der Zwangsmitgliedschaft, zum einen zwar eine von den Interessen der Mitglieder weitgehend unabhängige 'Aussenpolitik' möglich ist, die auf der anderen Seite jedoch durch die in ihr vertretenen freien Verbände wiederum in ihrer Politik durch den Verbandszweck der involvierten Ärzteverbände begrenzt wird. So stellte sich der NAV aufgrund des Engagements seiner Führungsspitze in Baden-Württemberg für die Kommunale Prävention gegen das Programm der Kooperativen Prävention, was sich in den Stellungnahmen der Bundesärztekammer zum Studien- und Operationshandbuch niederschlug, die eindeutig die wesentlichen, die Kommunale Prävention ausmachenden, Kriterien als Voraussetzung einer Akzeptanz wiedergaben.

Der entgegengesetzten Forderung des Hartmannbundes wurde insofern Rechnung getragen, als die Kooperative Prävention nicht ausdrücklich abgelehnt, sondern mit einigen Änderungen, insbesondere durch Hinzuziehung der Erfahrungen der Ärzteschaft in Planung und Durchführung, als förderungswürdig dargestellt wurde.

Wie der Beschreibung der einzelnen Stellungnahmen zu entnehmen ist, waren die Hauptaktivitäten gegen die Kooperative Prävention in Baden-Württemberg und hier seitens des Landesverbandes des NAV und der Kreisärzteschaft Mannheim/Weinheim feststellbar. In den übrigen Interventionsregionen war zu diesem

Zeitpunkt eine Ablehnung kaum spürbar. Ein Grund hierfür ist sicherlich die Tatsache, daß in diesen Regionen die Studie relativ unbekannt war. Der Bekanntheitsgrad in Baden-Württemberg war vor allem höher, da hier der Ansatz der Kommunalen Prävention mit einem Teil der Ärzteschaft entwickelt worden war und von daher die Kooperative Prävention in der ursprünglich geplanten Region Mannheim/Weinheim als Konkurrenzprojekt gesehen wurde. Es muß jedoch festgestellt werden, daß sich der Bekanntheitsgrad hauptsächlich auf die politischen Mandatsträger in der Landesärztekammer sowie die Verbandsführung des NAV-Landesverbandes erstreckte - dies wird an späterer Stelle deutlich. Zur Legitimation der Aktivitäten gegen die Kooperative Prävention war es von daher notwendig, die Mitglieder von der diesbezüglichen Notwendigkeit zu überzeugen, bzw. den Mitgliedern diese Aktivitäten als ihr eigenes Mitgliedsinteresse darzustellen. Dies gilt sowohl für freie Verbände als auch für Kammern, allerdings in unterschiedlicher Dringlichkeit. Während bei den freien Verbänden mit Mitgliederaustritten zu rechnen ist, wenn die Mitglieder sich nicht mehr ihren Interessen gemäß vertreten fühlen, ist bei den Funktionsträgern in den Kammern, an die das Einzelmitglied durch Zwangsbeiträge gebunden ist, bei einer von der Vorstellung der Mitglieder abweichenden Politik von Konsequenzen in Bezug auf die Wiederwahl auszugehen.¹⁾ In diesem Kontext ist auch die Stellungnahme des Landesvorsitzenden des NAV zu verstehen, in der er die Kooperative Prävention als Konzept mit systemverändernden Konsequenzen im Sinne einer sozialistischen Medizin²⁾ bezeichnete. Zielsetzung war es zum einen, den Mitgliedern eine

1) Vgl. Bauch, J.: Zwischen Gesinnungsethik und Verbandszwang, Ärzteverbände als Korrektiv der soziologischen Organisationstheorie, in: Soziale Welt, Heft 2, Jg. 33, 1982, S. 234

2) "Politische Intervention durch Reformen, die als 'Sozialisierung der freiberuflichen Ärzteschaft' deklariert werden, sensibilisieren die Ärzte gegenüber der gesamtpolitischen Determiniertheit ihrer Berufsrolle und führen zur Aufgabe ihrer sonst vorherrschenden antipolitischen Normen". Rauskolb, Ch.: Lobby in Weiß, Struktur und Politik der Ärzteverbände, Frankfurt/Köln 1976, S. 255

Rechtfertigung für die Verbandsaktivitäten zu liefern, zum anderen war es Ziel, die Verbandsmitglieder zu sensibilisieren und zu Protestdemonstrationen zu bewegen, wie in den Stellungnahmen angekündigt wurde, denn: "Wie die Ärzteschaft schon bei 'harmlosen' Anpassungsreformen des Gesundheitswesens gezeigt hat, ist sie prinzipiell bereit, Beeinträchtigungen ihres privilegierten Status durch öffentlichkeitswirksame und notfalls auch 'militante' Aktionen abzuwehren"¹⁾, wobei die Effektivität solcher Aktivitäten hauptsächlich "auf der Empfindlichkeit der politischen Akteure gegenüber den Delegitimationswirkungen professioneller Protestdemonstrationen"²⁾ beruhen. Diesen Mechanismus der Mitgliederbeeinflussung entlarvte der Vorsitzende des Hartmannbundes in seinem Schreiben deutlich und deckte die tatsächlich dahinterstehenden Motive auf, indem er feststellte, daß es bei den Aktivitäten des NAV- Landesverbandes darum gehe, Fördermittel für die Kommunale Prävention zu erhalten. Diesen Kern der Wahrheit solle man seiner Meinung nach nicht mit Begriffen wie 'Systemveränderung' und 'sozialistischem Zentralismus' zu kaschieren versuchen.

Durch die aufgrund der Stellungnahmen bewirkte Mittelsperre, die entsprechend der Vorgabe des Ministeriums zu einer Einigung zwischen der regionalen Ärzteschaft und Vertretern der Kooperativen Prävention genutzt werden sollte, wurde offensichtlich versucht, das mit Aushandlung einer Problemlösung betraute Gremium, das bis dahin eher als überregionaler 'Ad-hoc-Ausschuß' zu sehen war und keinen Erfolg hinsichtlich einer endgültigen Problemlösung gebracht hatte, für eine bestimmte Zeit in 'regionaler Besetzung' zu stabilisieren, um die Entscheidung zunächst dezentral herbeizuführen und über die Bundesärztekammer als gemeinsam getragene Entscheidung den politisch Verantwortlichen zu präsentieren.

¹⁾ Wiesenthal, H.: Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Ein korporatistisches Verhandlungssystem der Sozialpolitik, in: v. Alemann, U. (Hrsg.): Neokorporatismus, a.a.O., S. 191

²⁾ ebenda, S. 191

Dies war insofern wichtig, als es sich hier eigentlich um einen Bereich handelt, der nicht allein durch die politische Administration kontrollierbar und steuerbar ist, sondern der auch durch seitens des Gesetzgebers den Ärztekammern zugeordnetes Aufsichts- und Selbstverwaltungsrecht organisiert und legitimiert wird, auch wenn dies bei der Auftragsvergabe nicht ausreichend berücksichtigt wurde. In dieser Phase hatte wohl mehr der Wunsch geprägt, ein in bestimmten Bereichen nicht funktionsgerechtes Gesundheitssystem zu verbessern und diesbezüglich ohne die Last des Bestehenden neue Vorschläge zu entwickeln. Allerdings machten die Einwände der Ärzteschaft den begrenzten Spielraum deutlich.

Durch die angestrebte Auslagerung der entscheidungsprozeduralen Steuerung aus der Politik in das korporatistische Verhandlungssystem der Ärzteorganisationen auf der einen Seite und der Programmformulierer/Projektleiter der Kooperativen Prävention auf der anderen Seite sollte eine Entlastung der Politik in zweierlei Hinsicht bewirkt werden. Zum einen konnten so die Kosten der Integration divergierender Interessen auf die nichtstaatlichen Akteure abgewälzt werden - soweit diese veranlaßt werden konnten, Abstriche an inkompatiblen Ansprüchen vorzunehmen und auf die Bildung einer 'Großen Koalition' gegen die Administration zu verzichten.¹⁾ Zum anderen erfolgte eine Verlagerung des Legitimationsbedarfs der Politik von staatlichen Instanzen auf das Verhandlungssystem.²⁾ Inwieweit jedoch auf dieser Ebene korporatistische Verhandlungsstrukturen mit dem Ergebnis einer erfolgreichen Problemlösung für alle Beteiligten aufgebaut werden konnten, wird für die Zeit der Mittelsperre im folgenden dargestellt.

1) Zu diesem Zeitpunkt war für den BMFT nicht klar, ob tatsächlich ein Antrag hinsichtlich der Förderung der Kommunalen Prävention gestellt werden würde, da seit der Ankündigung geraume Zeit vergangen war.

2) Vgl. Wiesenthal, H.: Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Ein korporatistisches Verhandlungssystem der Sozialpolitik, in: v. Allemann, U. (Hrsg.): Neokorporatismus, a.a.O., S. 187

5.1.2. Darstellung und Analyse der Äußerungen in der Phase der Mittelsperre

In seinem Referat anlässlich der Eröffnungsveranstaltung des 87. Deutschen Ärztetages am 15. Mai 1984 in Aachen ging der Präsident der Bundesärztekammer u.a. auf die DHP, Kooperativer Teil, ein. Er hielt fest, daß es für den Erfolg präventiver Maßnahmen wichtig sei, daß diese von allen an der Durchführung Beteiligten akzeptiert und von daher mit Überzeugung umgesetzt würden. Darüber hinaus konstatierte er, wie bereits in der Stellungnahme zum Operationshandbuch, es sei bei der Durchführung der Kooperativen Prävention unverzichtbar, "die Erfahrungen und Kenntnisse, insbesondere der niedergelassenen Ärzteschaft, in Forschungsvorhaben zur Untersuchung von alternativen Primärpräventions-Modellen schon in der Forschungsplanung, jedoch auch in der kritischen Forschungsbegleitung und erst recht in der Durchführung von alternativen Entwicklungsmodellen maßgeblich zu berücksichtigen."¹⁾

In diesem Zusammenhang ging er auf die in der Bewilligung festgehaltene Mittelsperre ein, die dazu genutzt werden sollte, die regionale Beteiligung der Ärzteschaft und ihrer Selbstverwaltung im Rahmen der Maßnahmen des Operationshandbuches herbeizuführen. In seinem Vortrag forderte er die Ärzteschaft auf, sich dieser Beteiligung nicht zu entziehen²⁾.

Während in einer Region die Beteiligung der Ärzteschaft im Rahmen der Kooperativen Prävention ausgehandelt und vertragsmäßig niedergelegt wurde³⁾, lehnte die Ärzteschaft in zwei Re-

-
- 1) Vilmar, K.: Gesundheitspolitik - ökonomisch oder medizinisch orientiert, Referat anlässlich der Eröffnungsveranstaltung des 87. Deutschen Ärztetages am 15. Mai 1984 in Aachen, Pressestelle der Deutschen Ärzteschaft, Köln 1984, S. 9
 - 2) Diese Aufforderung ist allerdings in dem vor und während des Vortrags von der Pressestelle der deutschen Ärzteschaft verteilten Vortragsmanuskript nicht enthalten.
 - 3) Die Paraphierung erfolgte jedoch erst im Zeitraum nach der Mittelsperre.

gionen die Diskussion bzgl. einer Verhandlung generell ab. In der vierten Region schließlich kamen keine Gespräche zustande, sie wurden jedoch auch nicht seitens der Verhandlungspartner abgelehnt.

In dieser unterschiedlichen Reaktion zeigt sich die generelle Schwierigkeit, mit der Ärzteschaft einen Einigungsprozeß zu erzielen. Dies schwächt jedoch ihren Stellenwert in Verhandlungen nicht, sondern stärkt ihn noch aufgrund der fehlenden Einschätzbarkeit, was nicht zuletzt auf ihr politisches Gewicht infolge ihrer Monopolstellung zurückzuführen ist. Um jedoch diesbezüglich zu begründeten Aussagen zu gelangen, werden zunächst die repräsentierten Interessen der regional zuständigen Ärzteorganisationen sowie die spezifischen Verknüpfungen von Konfliktthemen und Handlungsspielräumen in den unterschiedlichen Regionen analysiert.

5.1.2.1. Reaktionen im Kreis Traunstein

In dem Zeitraum der Mittelsperre begann auch in Bayern die Auseinandersetzung mit der DHP. Die erste Reaktion in Traunstein nach Bekanntgabe der Bewilligung war ein Artikel im Bayerischen Ärzteblatt mit der Überschrift: "Zur Kenntnis genommen: Sinnvolle Präventivmedizin?"¹⁾ Dieser Artikel, geschrieben von Herrn Prof. Dr. Sewering, dem Präsidenten der bayerischen Landesärztekammer, beschäftigte sich mit dem 'Monsterprojekt' der DHP - Kooperative Prävention.

Dort hieß es u.a.: "Obwohl man also eigentlich alles, was mit Risikofaktoren zusammenhängt, inzwischen weiß, startet jetzt in der Bundesrepublik die einleitend erwähnte 'Deutsche Herzkreislauf-Präventionsstudie'. Ziel der Studie ist es, so kann man im voluminösen 'Operationshandbuch' lesen, 'durch präven-

¹⁾ Sewering, H.J.: Zur Kenntnis genommen: Sinnvolle Präventivmedizin? In: Bayerische Landesärztekammer, Kassenärztliche Vereinigung (Hrsg.): Bayerisches Ärzteblatt, Mai 1984, S. 257 f.

tive Maßnahmen in mehreren Interventionsregionen nach 8 Jahren Studiendauer eine Senkung der Gesamtsterblichkeit um 5 Prozent und der Herz-Kreislauf-Sterblichkeit um 10 Prozent zu erreichen."1)2)

Im folgenden wurden die bereits vor Bewilligung der Hauptstudienphase von Seiten des NAV in Baden-Württemberg bzw. Vertretern der regionalen Ärzteschaft Mannheim/Weinheim geäußerten Konsequenzen des Konzeptes der DHP aufgeführt - und auch als solche kenntlich gemacht -, wonach die Kooperative Prävention "eindeutig einer zentralistischen Gesundheitspolitik Vorschub leistet und zum Nachteil der ärztlichen Breitenversorgung der Bevölkerung ist" bzw.: "Wenn nur die Kooperative Prävention in der DHP getestet wird, dann ist die bundesweite Einrichtung von Gesundheitszentren vorprogrammiert."3)

Besonders wurde hervorgehoben, daß der Hartmannbund "sich die zentrale Lenkung dieser Großstudie schon zur Zeit der sozial-liberalen Regierung für sein wissenschaftliches Institut"4) sicherte, was eigentlich bedeuten müßte, diese Studie würde nicht an der Ärzteschaft vorbeigehen. Allerdings belehre das Operationshandbuch eines Schlechteren. "Dieses Handbuch ist gewissermaßen die Groß-Gebrauchsanleitung, das Kochrezept für alles, was geschehen soll, und zwar bis ins kleinste Detail...

1) Sewering, H.J.: Zur Kenntnis genommen: Sinnvolle Präventivmedizin?, a.a.O., S. 257 f.

2) An dieser Stelle ist anzumerken, daß man sehr viel über Risikofaktoren weiß - diesbezüglich soll auch keine Grundlagenforschung betrieben werden -, und daß man, ausgehend von diesem Wissen, Maßnahmen in der Gemeindebevölkerung durchführt (vgl. Kapitel 3) mit dem genannten Ziel. Logischerweise müßte das den Abschnitt einleitende "obwohl" durch "weil" ersetzt werden, um den Sachzwang hier richtig abzubilden.

3) Sewering, H.J.: Zur Kenntnis genommen: Sinnvolle Präventivmedizin?, a.a.O., S. 258

4) ebenda

kann man eigentlich nur von einem Handbuch für praktische Sozialpädagogik und angewandte Psychologie am Beispiel einer gesundheitsbezogenen Interventionsstudie reden."¹⁾

Der Autor stellte für die Ärzteschaft fest, sie sei "natürlich" ausführlich erwähnt; allerdings läßt der Umgang mit wörtlich zitierten Stellen aus dem Operationshandbuch, nämlich Wiedergabe von Zitaten außerhalb ihres Bezugsrahmens und ohne entsprechende Verdeutlichung, die abwehrende Haltung zur Studie ersichtlich werden. Dieser Eindruck wird gestützt durch die Feststellung des Autors: "Die Bürger in den Interventionsgemeinden sollen während der achtjährigen Laufzeit dreimal einer Untersuchung unterzogen werden. Natürlich nicht durch die niedergelassenen Ärzte. Ein eigener, umgebauter Omnibus der Berliner Verkehrsbetriebe kommt angefahren..."²⁾³⁾

Während in den bereits genannten Stellungnahmen vor der Bewilligung immer zum Ausdruck kam, die Ärzteschaft wäre generell zur Mitarbeit in entsprechenden Studien bereit, wenn sie adäquat in die Planung, Organisation und Durchführung mit ganz bestimmten Rechten involviert würde, tauchte in diesem Artikel eine solche Kooperationsbereitschaft an keiner Stelle mehr auf, vielmehr wurde festgestellt: "Ich halte dieses Monsterprojekt für sinnlos und bedenklich ... In diese Interventionsstudie sollen 70 Millionen DM investiert werden. Sie wird ohne Zweifel zahlreichen Sozialpädagogen, Psychologen und anderen Mitarbeitern für Jahre einen Arbeitsplatz sichern ... Das Geld kommt wie ein warmer Frühlingsregen und die Planstellen

1) Sewering, H.J.: Zur Kenntnis genommen: Sinnvolle Präventivmedizin?, a.a.O., S. 258

2) ebenda

3) Hier wird auf den im Rahmen der Studie durchgeführten Untersuchungssurvey hingewiesen. Beim Untersuchungssurvey handelt es sich um die Untersuchung einer Stichprobe in den Studienregionen sowie der gesamten Bundesrepublik. Den ausgewählten Personen wird u.a. Blut entnommen, um bestimmte Parameter zu ermitteln, wie beispielsweise HDL, Cholesterin etc.. Eines der Ziele ist es, den diesbezüglichen Ist-Zustand zu ermitteln, um den Erfolg der Studie später nachweisen zu können.

sprießen wie Gänseblümchen aus der Erde. Für mindestens acht Jahre ist ausgesorgt."1)

Wie bereits an anderer Stelle betont, ist die Angst bei den Repräsentanten der Ärzteschaft vor 'konkurrierenden', in das Gesundheitswesen eindringenden Berufsgruppen, sehr groß. Unter diesem Gesichtspunkt wird die Bezugnahme auf die Studie unter dem Aspekt von Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen für Akademiker verständlich; es wird befürchtet, daß sich das, was an Planstellen bei nichtärztlichen Berufsgruppen geschaffen wird, langfristig als Honorareinbuße bei den Ärzten niederschlägt. Entsprechend endet der Artikel mit der ablehnenden Feststellung: "Ein psychologisch-sozialpädagogisches Dauerberieselungssystem halte ich aber weder für finanzierbar, noch für nützlich. Zu dieser Studie kann es deshalb nach meiner Überzeugung nur ein klares Nein geben."2)

Obschon seitens des Präsidenten der Bundesärztekammer die Ärzteschaft ausdrücklich aufgefordert worden war, sich einer Beteiligung im Rahmen der Kooperativen Prävention nicht zu entziehen, wurde durch die bayerische Landesärztekammer eine diesbezügliche Verhandlung abgelehnt. Über die Betonung der 'reformerischen Ansätze' der Studie in Richtung einer 'zentralistischen Gesundheitspolitik', nämlich der Einrichtung von 'Geschäftsstellen' und der Aufhebung des Behandlungsmonopols der Ärzte durch die Untersuchungen im Rahmen des Survey, wurde ein Handlungsspielraum, in dem eine Beteiligung der Ärzteschaft hätte erfolgen können, als nicht existent ausgewiesen.

Jede Aktivität der Kooperativen Prävention wurde als Verschlechterung der aktuellen Position der Ärzteschaft in der von ihr reklamierten Rolle als Schlüsselfigur für die Allokation

1) Sewering, H.J.: Zur Kenntnis genommen: Sinnvolle Präventivmedizin?, a.a.O., S. 258

2) ebenda

tion aller Gesundheitsleistungen gesehen. In einer so interpretierten Handlungssituation konnten die Interessenvertreter eine Ablehnung legitimieren.

In die Auseinandersetzung mit der anstehenden Implementation der Kooperativen Prävention gingen keine Gedanken hinsichtlich der präventiven Versorgung der Patienten ein; es wurde kein Mangel und somit auch nicht die Notwendigkeit konstatiert, daß in irgendeiner Weise aufgrund des ärztlichen Selbstbildes und Berufsethos hätte gehandelt werden müssen, z.B. durch Umsetzung der Kommunalen Prävention. Es wurde allerdings die Gefahr benannt, daß Planstellen für 'Nichtärzte' eingerichtet werden könnten, die dann auf Dauer finanziert werden müßten, und es wurde warnend darauf hingewiesen, daß die alleinige Förderung der Kooperativen Prävention die bundesweite Einrichtung von Gesundheitszentren nach sich ziehen würde, so daß insgesamt die eingangs aufgestellte These für den Bereich der Landesärztekammer Bayern bestätigt werden muß. Inwieweit sie jedoch auch für die einzelnen Ärzte in Bayern Gültigkeit besitzt bzw. inwieweit sich die Ärzteschaft trotz der ansonsten feststellbaren heterogenen Interessen über die Kooperative Prävention einigt, wird an späterer Stelle anhand der Aktivitäten in der Zeit nach der Mittelsperre sowie anhand der Akzeptanz des Programmteils für Ärzte analysiert.

5.1.2.2. Reaktionen in Baden-Württemberg

Im April 1984, nach Bewilligung der Studie, fand unter der Zielsetzung der Mittelsperre eine Besprechung über die Durchführung der Kooperativen Prävention in Baden-Württemberg statt. Die Einwände gegen die Studie wurden erneut vorgetragen. Seitens des Vorstandes der Bezirksärztekammer Nord-Württemberg wurde gefordert, die Landesärztekammer solle sich aus der DHP zurückziehen. Dieser Forderung wurde nicht entsprochen. Die Einwände gegen die Studie waren insbesondere festgemacht an der Einbeziehung nichtmedizinischer Berufsgruppen, der 'Umkrempelung' des Gesundheitswesens und der fehlenden Garantie der maßgeblichen Beteiligung der Ärzteschaft.

Gleichzeitig mit der Bewilligung der Studie wurde seitens der Studie Kontakt zur Bezirksärztekammer Nordbaden bzw. zur Ärzteschaft Mannheim aufgenommen. Die Kontaktaufnahme erfolgte sowohl seitens des Koordinationssekretariats (WIAD) als auch seitens des für die Kooperative Prävention zuständigen Projektleiters in Baden-Württemberg.

Avisierte Alternativen für eine Zusammenkunft im April wurden von der kontaktierten Ärzteschaft bis nach dem 8. Mai 1984 verschoben, einem Sitzungstermin der Bezirksärztekammer Nordbaden, bei dem die anstehenden Kooperationsprobleme geprüft werden sollten. Die Vertreter der Kooperativen Prävention und der Hartmannbund wiesen damals schriftlich darauf hin, daß auf diese Weise wertvolle Zeit verstreichen könnte, bis sich die potentiellen Kooperationspartner zu einem Gespräch zusammenfinden könnten. Zur Entscheidungserleichterung wurde mit gleichem Schreiben eine geraffte Darstellung der möglichen Zusammenarbeit mit der Mannheimer Ärzteschaft auf Basis des Operationshandbuches gegeben.

Bei dem Sitzungstermin stimmte der Vorstand der Ärzteschaft Mannheim einer Zusammenarbeit mit der Studie zu. Der Vorsitzende der Mannheimer Ärzteschaft teilte den Vertretern der Kooperativen Prävention mit, es sei ein Ausschuß gebildet worden, der berechtigt sei, mit der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie - Kooperativer Teil, hier speziell dem Leiter des Koordinationssekretariates, Verhandlungen über die verschiedenen Punkte der Zusammenarbeit aufzunehmen und durchzuführen. Um nicht weitere Zeit zu verlieren, d.h. um den durch die Verschiebung der Interventionsmaßnahmen bis zum 31.7.1984 gewonnenen Zeitraum zu nutzen, wurden drei mögliche Verhandlungstermine während des Zeitraums der Mittelsperre zur Diskussion gestellt. Es wurde darum gebeten, den für die Region zuständigen Projektleiter ebenfalls zu diesem Termin einzuladen.

Mitte Mai wurde der erstgenannte Termin jedoch wiederum seitens des Vorsitzenden der Ärzteschaft Mannheim abgesagt.

Diese Absage stand im ursächlichen Zusammenhang mit der Rüge des Projektleiters der Kooperativen Prävention in Baden-Württemberg an die Ärzte anlässlich einer Veranstaltung der 'Regionalen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen' am 9.5.1984. Bei dieser Veranstaltung hatte der Projektleiter das Fehlen der Ärzteschaft öffentlich kritisiert. Erst später hatte sich herausgestellt, daß die Ärzteschaft gar nicht eingeladen bzw. nicht über den Termin informiert war. Obschon der Projektleiter dies in mehreren Schreiben klärte und auch ein entsprechender Passus im 'Mannheimer Morgen' am 23.5.1984 abgedruckt wurde, verhärteten sich nun die Fronten wieder¹⁾.

An dem zweiten zur Aussicht gestellten Verhandlungstermin wurde der Leiter des Koordinationssekretariates über den Vorsitzenden der Ärzteschaft Mannheim und den Vorsitzenden des ärztlichen Kreisvereins Weinheim darüber informiert, daß der Ausschuß zu der einhelligen Auffassung gekommen sei, daß eine Einbindung der Ärzteschaft Mannheim und Weinheim in die geplante Studie nicht in dem Sinne möglich sei, wie sie der Ärzteschaft für sinnvoll und erstrebenswert erscheine. Dies wurde damit begründet, daß die Ärzteschaft Mannheim und Weinheim bereits eine gemeindebezogene Prävention aufbaue und sich dadurch eine Konkurrenzsituation zu der von der DHP geplanten Kooperativen Präventionsstudie zwangsläufig ergeben müsse. Dies könne nicht im Interesse der Vertreter der beiden Programme liegen.

Inwieweit auch eine Verärgerung über die Äußerungen des Projektleiters zu diesem Beschluß führte, ist nicht ohne weiteres nachvollziehbar. Die Beschlußfassung als solche, d.h. losgelöst von den vorherigen Dissonanzen, bestätigt jedoch eindeutig den ersten Teil der eingangs aufgestellten These.

1) Als es zu diesem Eklat kam, waren bereits Kontakte zur Stuttgarter Ärzteschaft geknüpft worden, so daß sich die Frage stellt, ob diese Provokation nicht auch bewußt lanciert wurde, um in Stuttgart die Kooperative Prävention zukünftig, ohne die beschriebene 'Erblast', zu implementieren.

Dieses Schreiben ging nachrichtlich ebenfalls an den BMJFFG, den BMFT sowie den zuständigen Projektleiter.

Der BMFT nahm in seinem Antwortschreiben vom 14.6.1984 Stellung. Er wies auf die vorangegangene Vereinbarung vom 12. 4. 1984 mit den Sprechern der Bundesärztekammer, des NAV und der badenwürttembergischen Landesorganisation im Bundesministerium für Forschung und Technologie hin, wonach vor Beginn der bereits bewilligten Kooperativen Prävention im Rahmen der DHP in den jeweiligen Regionen die Maßnahmen im einzelnen mit den niedergelassenen Ärzten besprochen werden sollten. Dies habe der Präsident der Bundesärztekammer anlässlich der Eröffnungsrede zum 87. Deutschen Ärztetag in Aachen bekräftigt, insbesondere durch die Feststellung: "Dieser Beteiligung darf sich die Ärzteschaft aber nun auch nicht entziehen."

Der BMFT äußerte sein Erstaunen darüber, daß diese Absprache in Mannheim nicht stattgefunden habe, sondern die Ärzteschaft Mannheim sich entsprechend dem Votum ihres Ausschusses nicht an der Kooperativen Prävention beteiligen wolle.

Konsequenzen in Form einer Aufhebung der Bewilligung oder aber der Verlängerung der Mittelsperre wurden nicht gezogen.

Der Konflikt mit der Mannheimer/Weinheimer Ärzteschaft hatte sich bereits frühzeitig vor der Bewilligung abgezeichnet. Von daher war nach der Bewilligung, noch vor dem endgültigen Bruch mit der in der Studienregion Mannheim/Weinheim ansässigen Ärzteschaft, Kontakt zur Stuttgarter Ärzteschaft aufgenommen worden. Die Kontaktaufnahme erleichterte sich insofern, als Repräsentanten des Hartmannbundes hier den Zugang über persönliches Engagement förderten.

Ausgehend von der Forderung der Bundesärztekammer und der daraus folgenden Konsequenz der Mittelsperre in der Bewilligung wurde das sogenannte 'Stuttgarter Abkommen' vorbereitet. Hierbei handelt es sich um eine Vereinbarung zwischen der Landesärztekammer und dem zuständigen Projektleiter der Kooperativen Prävention in Baden-Württemberg.

Nachdem die Ärzteschaft in Mannheim und Weinheim endgültig eine gemeinsame Arbeit mit der Kooperativen Prävention abgelehnt hatte, wurde das bereits diskutierte Abkommen für Stuttgart mit dem Vorstand der Landesärztekammer präzisiert. Für die Durchführung der Studie wurde vereinbart (vgl. auch Anlage 3):

- " 1) Es wird ein regionaler Beirat geschaffen, der innerhalb der Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung im Gesundheitsamt Stuttgart angesiedelt wird. In diesem Beirat ist die niedergelassene Ärzteschaft maßgeblich beteiligt. Die ärztlichen Mitglieder dieses Beirats werden aus der Mitgliederversammlung der Kreisärzteschaft gewählt.
- 2) Innerhalb der Kreisärzteschaft wird man sich bemühen, niedergelassene Ärzte zu finden, die bereit sind, sich in die wissenschaftlich standardisierte Untersuchungstechnik einführen zu lassen und in dem hierfür vorgesehenen Untersuchungsteam mitzuarbeiten. Diese Mitarbeit bezieht sich auf die evaluative Stichprobenuntersuchung. Die beteiligten Ärzte erhalten ein an den BAT angelehntes Honorar.

Darüber hinaus sollen die interventiven Screeninguntersuchungen der DHP entsprechend den Erfahrungen des Münchener Blutdruckprogramms (MBP) erfolgen, das von der KV Bayerns getragen wird. Dabei handelt es sich um ein multifaktorielles Screening in der Arztpraxis, das jedem Patienten, aber auch jedem Gesunden angeboten werden kann. In diesem Falle stehen evaluative bzw. methodische Gesichtspunkte nicht im Vordergrund, die Standardisierungserfordernisse sind daher geringer.

- 3) Die beteiligten Ärzte werden in Seminarveranstaltungen auf ihre Aufgaben vorbereitet. Fortbildungsveranstaltungen sind ein wesentliches Element der Studiendurchführung.

- 4) Der Standort der Geschäftsstelle des regionalen Projektes wird so gewählt, daß eine enge Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und DHP gewährleistet ist.

Die Landesärztekammer stellt sicher, daß die Durchführung der DHP in Stuttgart reibungsarm vonstatten gehen kann. Es ist durchaus denkbar, daß im Verlauf der Studiendurchführung Anteile derselben, die sich zu bewähren scheinen, in ein Präventionsprogramm der Landesärztekammer übernommen werden können, so wie dies auch für das Programm der kommunalen Prävention in Wiesloch-Eberbach gilt".

Über dieses Abkommen wurde zum einen die Beteiligung der Ärzteschaft durch die maßgebliche Besetzung in den regionalen Entscheidungsgremien sichergestellt. Darüber hinaus war festgehalten, daß die Ärzteschaft auf ihre Aufgabe vorbereitet werden soll. Diese Aufgabe ist allerdings hier nicht näher präzisiert; sie kann sich sowohl auf die Mitgliedschaft im Beirat, als auch auf die Surveydurchführung (was eigentlich noch am ehesten aus dem Zusammenhang heraus zu schließen ist) sowie die Gesundheitsberatung oder aber eine Kombination dieser Aufgaben beziehen.

Bis zum Ende der in der Bewilligung vorgesehenen Mittelsperre wurde diese Vereinbarung von den Vertragspartnern ausgehandelt, die Unterzeichnung erfolgte im August. Von daher lag der Bundesärztekammer am 13./14. 7. 1984, als der Vorstand über den Stand der Arbeiten hinsichtlich der Beteiligung der Ärzteschaft diskutieren wollte, um ein Ergebnis im Namen der beteiligten Landesärztekammern dem Förderer zu übermitteln, kein abgerundetes Bild vor.

Es ist jedoch festzuhalten, daß, anders als in der Studienregion in Bayern, in Baden-Württemberg trotz der bereits dargestellten Auseinandersetzung vor der Bewilligung eine Integration der Ärzteschaft erreicht wurde. Aufgrund der Tatsache, daß in Baden-Württemberg ein eigener Ansatz von der Ärzteschaft präferiert wurde, der bisher in keiner Weise eine finanzielle Unterstützung erhielt, stellte die geforderte Ver-

handlung zwischen der Ärzteschaft auf der einen Seite sowie dem Projektleiter der Kooperativen Prävention auf der anderen Seite die Möglichkeit eines Einigungsprozesses zwischen zwei konfligierenden Parteien mit dem Charakter eines Nichtnullsummenspiels dar. Für die Ärzteschaft kam begünstigend hinzu, daß der Projektleiter aufgrund der bereits existierenden Schwierigkeiten in Mannheim/Weinheim weniger konfliktbereit war als andere Projektleiter. So konnte die Ärzteschaft die Form ihrer Beteiligung so weit in dem Einigungsprozeß bestimmen, daß letztlich die im Ansatz der Kommunalen Prävention festgelegte Reichweite ärztlicher Befugnisse erreicht wurde, wie aus dem Abkommen sofort deutlich wird. Als Gegenleistung erhielt der Projektleiter die Garantie der reibungsarmen Durchführung der Studie. Inwieweit dadurch noch die Zielsetzung der Kooperativen Prävention einlösbar war, wird anhand der auf dem Abkommen basierenden Durchführung des Programms analysiert. Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang, daß es gemeinsam mit Vertretern des Hartmannbundes gelang, den Zugang zur Ärzteschaft zu öffnen. Daß jedoch trotz des offensichtlichen Einsatzes des Hartmannbundes die Vorstellungen der Kommunalen Prävention zum Tragen kamen, könnte ein Hinweis darauf sein, daß nicht die gesamte Verbandsspitze hinter der Politik des Vorsitzenden stand und durch die Unterstützung die Möglichkeit gesehen wurde, die tatsächlichen Interessen durchzusetzen. Die Handlung könnte jedoch auch die Annahme nahelegen, daß die Mitglieder des Hartmannbundes nicht insgesamt hinter der Verbandspolitik standen und über den Druck 'von unten' hier die Durchsetzung der Interessen der Kommunalen Prävention gelang.

An dieser Stelle sei auf das Phänomen der Doppel- und Mehrfachmitgliedschaft hingewiesen. Jeder Arzt ist so beispielsweise Zwangsmitglied in der Kammer, darüber hinaus oft noch Mitglied in mehreren freien Verbänden, und zwar je nach Fachgebiet oder Art des Arbeitsverhältnisses. Von daher prägt nicht allein ein Verband, sondern prägen gleichzeitig mehrere, so daß grundsätzlich nicht erwartet werden kann, daß alle Mitglieder eines freien Verbandes gleichmäßig hinter der Politik der Verbandsfunktionäre stehen, zumal die einzelnen Verbände

häufig zueinander in Konkurrenz stehen. Dies hängt u.a. mit den zu vertretenden Zielgruppen zusammen, aber auch mit dem jeweilig verfolgten Verbandszweck und den in den Verbandsspitzen divergierenden Einstellungen zu gesundheitspolitischen Problemen. Wird der Druck der Mitglieder auf die Verbandsspitze stark, z.B. meßbar in Austritten, ist von einer Änderung in der Verbandspolitik auszugehen.

Die Vorgehensweise in Stuttgart bestätigt insgesamt die aufgestellte Hypothese. Der finanzielle Aspekt kommt vor allem in der in der Vereinbarung ausdrücklich geforderten Umfunktionierung des Survey als zusätzliches, am 'BAT angelehntes Honorar' für die ärztliche Praxis zum Ausdruck. Hiermit wären bei entsprechendem Vorgehen in keiner Weise mehr Sinn und Zweck des Gesundheitssurvey erfüllt gewesen, was voll zu Lasten der Studie gegangen wäre.¹⁾

5.1.2.3. Reaktionen in Bremen

Im Berichtszeitraum wurde in Bremen wiederholt versucht, Kontakt zu dem Präsidenten der Landesärztekammer und zu dem Vorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung aufzunehmen. Jedoch kamen während der Mittelsperre keine Treffen aufgrund von Urlaub und sonstigen unaufschiebbaren Terminen zustande. Allerdings gab es in dieser Studienregion auch keine negativen Pressemeldungen oder sonstigen Verlautbarungen zur Kooperativen Prävention mit dem Ziel einer 'Programmreformulierung'.

Es sei an dieser Stelle angemerkt, daß der Präsident der Ärztekammer Bremens gleichzeitig Präsident der Bundesärztekammer war. Von daher ist es nach seiner Aufforderung zur Kooperation nicht eindeutig zu erklären, warum ein Treffen zwecks Verhandlungen über die Beteiligung der Ärzteschaft

¹⁾ Es sei an dieser Stelle festgehalten, daß der Gesundheitssurvey dennoch wie geplant durchgeführt wurde, was jedoch nichts an obiger Argumentation ändert.

nicht zustandekam. Inwieweit hier erst die generellen Beteiligungswünsche der involvierten Landesärztekammern abgewartet wurden, um dann in dem so gesteckten Rahmen zu agieren, kann hier nicht endgültig geklärt werden. Es liegt jedoch die Vermutung nahe, daß diese Abwartehaltung strategisch eingesetzt wurde, um die Verantwortung zunächst von der durch ihn auch verkörperteten Bundesärztekammer auf die drei übrigen Landesärztekammern zu verlagern, und um so als neutraler Mittler am Ende der Mittelsperre dem Bundesministerium für Forschung und Technologie sowie den Projektleitern der Kooperativen Prävention zur weiteren Aushandlung entgegenzutreten.

5.1.2.4. Reaktionen in Berlin

Für Berlin-Spandau bleibt anzumerken, daß im hier abgedeckten Zeitraum der Mittelsperre das Verhältnis zur organisierten Ärzteschaft kaum positiv beeinflußt wurde. Es kamen keine Kontakte, wie in der Bewilligung gefordert, zustande. Wie in Bremen stehen jedoch kaum Dokumente zur weiteren Analyse zur Verfügung, die eine Abklärung der Positionen erleichtern könnten; allerdings wurde seitens des Vertreters der Ärztekammer nach der Mittelsperre gegen eine Beteiligung der Ärzteschaft im Rahmen der Studie votiert. Am Rande sei erwähnt, daß der in Berlin zuständige Projektleiter nicht zum Berufsstand der Ärzte gehört, sondern Chemiker ist. Diese Tatsache wurde häufig in Gesprächen mit der Ärzteschaft als Grund für eine Ablehnung genannt, was auf eine tendenzielle Bestätigung des ersten Teils der Hypothese hinausläuft.

5.1.2.5. Stellungnahme der Bundesärztekammer sowie der Landesärztekammern am Ende der Mittelsperre

Im Juli 1984 beschäftigte sich der Vorstand der Bundesärztekammer ausführlich mit dem Stand der Gespräche zwischen den Projektleitern der Kooperativen Prävention und den Vertretern der regional zuständigen ärztlichen Selbstverwaltungskörperschaften.

Im Schreiben vom 17. 7. 1984 unterrichtete der Präsident der Bundesärztekammer den BMFT über das Ergebnis der Sitzung.

Zum Stand der Verhandlungen zwischen den Projektleitern der Kooperativen Prävention und den ärztlichen Selbstverwaltungskörperschaften wurde festgestellt, daß bisher in keinem Fall eine verbindliche Übereinkunft zwischen den Beteiligten erzielt worden sei. Als Ursache wurde angegeben, daß offensichtlich die Gespräche seitens der Projektleiter verhältnismäßig spät aufgenommen wurden. Als am weitesten fortgeschritten wurden die Gespräche des Projektleiters in Baden-Württemberg angesehen.¹⁾

Die Bundesärztekammer beschloß, den Abschluß der Verhandlungen in Baden-Württemberg abzuwarten, damit auf der Grundlage dieser Vereinbarungen die Gespräche zwischen den übrigen Projektleitern der Kooperativen Prävention und den ärztlichen Selbstverwaltungskörperschaften in den jeweiligen Studienregionen geführt werden könnten.

Hinsichtlich der Mittelsperre bis zum 31.7.1984 wurde seitens der Bundesärztekammer daher darum gebeten, diese Sperre für die Intervention nicht aufzuheben, sondern um weitere drei Monate zu verlängern. Diese Bitte wurde damit begründet, daß es bis zum 31.7.1984 aufgrund des geringen Zeitraumes auf der einen Seite sowie des intensiven Verhandlungsbedarfs auf der anderen Seite nicht zu entsprechenden Abschlüssen gekommen sei.

Für den Vorstand der Ärztekammer in Berlin und den Vorstand der Ärztekammer in Bayern jedoch mußte seitens der Bundes-

1) Wie bereits dargestellt, hatte die Absage der Mannheimer Ärzteschaft zu einer Verlagerung der Studie nach Stuttgart geführt. Die dort erarbeitete Vereinbarung zwischen dem zuständigen Projektleiter der DHP und den ärztlichen Selbstverwaltungskörperschaften, die zwar nicht unterzeichnet war, jedoch vor der Paraphierung stand, ermöglichte offensichtlich, so der Vorstand der Bundesärztekammer, eine Beteiligung der Ärzteschaft, die lt. Bewilligungsbescheid durch den BMFT erwirkt werden sollte.

ärztekammer festgestellt werden, daß diese beschlossen hatten, an der Studie in ihrer bestehenden Form nicht mitzuwirken, so daß sich von daher der Beschluß, die Verhandlungen in Baden-Württemberg abzuwarten, zu diesem Zeitpunkt allein auf den Kammerbezirk Bremen bezog.

In obigem Zusammenhang teilte der Präsident der bayerischen Landesärztekammer im Juli 1984 auf privatem Briefpapier dem Bundesminister für Forschung und Technologie mit, die Ärzteschaft des Landkreises Traunstein habe sich eingehend mit der Studie, auch unter Rücksprache mit dem Präsidenten der Landesärztekammer, beschäftigt. Als Ergebnis sei festzuhalten, die Ärzteschaft lehne die Studie ihrer Anlage und Durchführung nach ab und sehe keine Möglichkeit einer Zusammenarbeit oder Unterstützung. Im übrigen werde die Ärzteschaft auch die Bevölkerung von ihrer Entscheidung in Kenntnis setzen. Unter diesen Umständen sei es zu empfehlen, den Landkreis Traunstein aus dem Projekt zu streichen.

5.1.2.6. Reaktionen sonstiger Vertreter des gesundheitspolitischen Sozialsystems

Die Interessenvertretung der Ärzteschaft konsolidiert sich neben den Kammern und den beiden genannten freien Ärzteverbänden in einer weiteren großen Zahl von freiwilligen Berufsverbänden. Während bei den Kammern die ständischen und berufsethischen Belange vertreten und bewahrt werden, sind die freien Verbände mehr wirtschaftlich motiviert. Daher ist die Ablehnung der Kooperativen Prävention durch zahlreiche freie Ärzteverbände verständlich, wurde sie von ihren Kritikern als Bedrohung des freien Berufsstandes mit dem Aspekt der Einschränkung des Behandlungsmonopols des Arztes zugunsten 'fremder' Berufsgruppen polemisiert.

So teilte der Präsident des Bundesverbandes Deutscher Internisten in seinem Brief vom 20.6.1984 dem Bundeskanzler die Sorge darüber mit, daß das Bundesministerium für Forschung und

Technologie eine Studie beginnen¹⁾ wolle, die noch von 'der roten Vorgänger-Regierung' initiiert sei, und zwar ohne ausreichende Beteiligung der Ärzteschaft.

Genanntes Ziel dieses Schreibens war die Verlängerung der Mittelsperre, da die Zeit von drei Monaten der Ärzteschaft nicht ausreiche, sich zum Operations- und Studienhandbuch kompetent zu äußern.

Im Juli 1984 ließen der Berufsverband der Praktischen Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin sowie der Bundesverband Deutscher Internisten gemeinsam in einem Schreiben an den Präsidenten der Bundesärztekammer verlauten, daß sie mit Sorge die Versuche verfolgten, die Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie unter Ausschluß der hausärztlich tätigen Internisten und Allgemeinärzte durchzuführen. Dies sei aus ärztlicher Sicht unverantwortlich, zumal alle Erfahrungen zeigten, daß präventive Maßnahmen nur dann Erfolg hätten, wenn das individuell familiäre und soziale Umfeld in die Beratung einbezogen würde. Dieses Umfeld könne nicht durch ein noch so ausgefeiltes Interview erhellt werden; dazu gehöre vielmehr der langjährige Kontakt, der das 'Hausarzt-Patienten-Verhältnis' auszeichne.

Es sei angemerkt, daß diese Anforderungen an eine Beratung gerade in der Kooperativen Prävention, und hier speziell im Arztprogramm, betont wurden. Die Hausarztstätigkeit wurde dabei zur Problemlösung in den Vordergrund gestellt. Von daher ist die sich in dem Brief ausdrückende Ablehnung der Kooperativen Prävention unverständlich, da die Anforderungen und Einstellungen der Berufsverbände identisch mit denen dieser Studie sind. Die Falschdarstellung, das soziale und familiäre Umfeld solle in der Studie durch Interviews erhellt werden, weist entweder auf die fehlende Auseinandersetzung mit der Kooperativen Prävention hin oder aber auf eine bewußte Polemisierung, um auf diese Weise einen Kampf zu legitimieren, der eigentlich

1) Zu dem Zeitpunkt, als der Brief geschrieben wurde, war die DHP bereits seit fast 2 Monaten bewilligt.

im postulierten Patienteninteresse nicht hätte geführt werden dürfen.

Gleichzeitig konstatierte der Berufsverband Deutscher Internisten in seinem Mitglieder-Rundschreiben Nr. 12/84: "DHP - Ärzte sagen nein zur schwarzen Wende durch die rote sozio-kommunistische Studie".¹⁾

Ausgehend von dem in der Studie durchgeführten Untersuchungssurvey wurde hier geschlossen: "Wenn durch die rote Studie der jetzigen Regierung erst die Blutsauger-Busse durch die Straßen fahren und der zum 'Interviewer' ausgebildete Busfahrer, siehe Handbuch, dem Patienten ... beibringt, daß die Blutentnahme im Bus mehr einbringt als beim ausbeuterischen Arzt draußen, dann wird auch der letzte deutsche Arzt wissen, was die Uhr geschlagen hat. Mit 70 Millionen wird ihm dann beigebracht, daß Teile seiner Medizin nichts mehr mit ihm zu tun haben."²⁾

Weiterhin wurde in diesem Beitrag an die Ärzteschaft appelliert, keinen "Finger für diese Studie zu führen"³⁾. Eine Begründung hierfür, außer der Nennung der "Blutsauger-Busse", blieb aus. Es sei denn, diese Begründung wäre intuitiv in jedem 'deutschen Arzt', hieß es doch: "Wir hoffen nicht, daß Ärzte in der Region Mainz plötzlich ja zu dieser Studie sagen, zu der sie nur, wie jeder deutsche Arzt, eindeutig nein sagen müssen."⁴⁾ Es folgte ferner ein Affront gegen den Hartmannbund: "Die Tatsache, daß sich in völliger Verkennung der Situation Ärzte des Hartmannbundes oder Berater des Hartmannbundes für diese Studie einsetzen, sollte für die Mitglieder des

1) Berufsverband Deutscher Internisten: Mitglieder-Rundschreiben Nr. 12/84, S. 408

2) ebenda

3) ebenda

4) ebenda

Hartmannbundes dazu führen, ihre Mitgliedschaft bei diesem Verband kostensparend zu überdenken."1)

Entsprechend dem Beispiel der Landesärztekammer Bayern wurde nun auch seitens des Berufsverbandes Deutscher Internisten zum Boykott der Studie und nicht zur Kooperation mit ihr, wie von der Bundesärztekammer gefordert, aufgerufen.

Ähnlich ablehnend wie die freien Ärzteverbände stand die Kassenärztliche Bundesvereinigung der Kooperativen Prävention gegenüber. Bei einer Vorstandssitzung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Mai 1984 wurde u.a. über die Studie diskutiert. Eine genaue Strategie bzgl. der Kooperativen Prävention sollte noch mit dem ZI, dem Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Köln, das ebenfalls ein Forschungsprogramm für Ärzte auf dem Gebiet der Gesprächstechniken entwickelt hatte, besprochen werden.

Dem Protokoll der Vorstandssitzung war ein Aktenvermerk eines Vorstandsmitgliedes der Kassenärztlichen Bundesvereinigung angefügt, der sich intensiv mit der Kooperativen Prävention auseinandersetzte.

Dem Ansatz der Kooperativen Prävention wurden hier erhebliche Bedenken entgegengestellt, und zwar bezogen auf gesundheitspolitische Überlegungen sowie sozial-, berufs- und allgemeinpolitische Aspekte. Es wurde unterstellt, über die Studie werde unter dem Zeichen der Prävention ein System aufgebaut, das weitreichende Macht- und Kontrollbefugnisse besitzen würde. Damit sei dieses System in der Lage, über den gesundheitlichen Bereich hinaus zu kontrollieren und zu steuern. Insbesondere wurden die umfangreiche personelle und materielle Ausstattung, die strategische Formalisierung der Vorgehensweise, die tiefgegliedert geplanten Kontakte zu allen Medien sowie die enge

1) Berufsverband Deutscher Internisten: Mitglieder-Rundschreiben Nr. 12/84, S. 408

Zusammenarbeit mit allen einflußreichen Bürgern und Organisationen in den Regionen herausgestellt und das Operationshandbuch als strategisches Planungskonzept zur Macht und Kontrolle der Bevölkerung in den Regionen interpretiert.

Hinsichtlich der Geschäftsstellen wurde ausgeführt, hierdurch werde allem Anschein nach das bisherige Vertrauen der Patienten zu ihrem Arzt in Frage gestellt; durch ihre Installation werde versucht zu dokumentieren, daß die Kompetenz der Ärzte auf dem Gebiet der Prävention nicht ausreiche. Dieser Eindruck werde dadurch verstärkt, daß die Geschäftsstellen die Tätigkeit der Ärzte koordinierten. Dieses Vorgehen könne von der Ärzteschaft nicht akzeptiert werden. Wenn sich überhaupt die Notwendigkeit ergebe, Geschäftsstellen einzurichten, hätten die Ärzte dort aus berufspolitischen Gründen die zentrale Rolle zu übernehmen.

Schließlich wurde gemutmaßt, daß, selbst wenn geplante Erfolge in den Geschäftsstellen ausblieben, dies nicht zu ihrer Schließung, sondern zur Umorientierung führen würde. Denkbar sei z.B. ihre Etablierung als Gesundheitsberatungszentren.

Dieser Aktenvermerk, der sich in seiner Auseinandersetzung mit der DHP doch sehr von allen übrigen Einstellungen unterscheidet, ist das Spiegelbild der gesellschaftlichen Angst vor dem 'Jahr 1984', die wiederholt in Rundfunk, Fernsehen und Presse ausgesprochen und auch angesprochen wurde. Die ständige Auseinandersetzung mit der Orwell'schen Fiktion führte vielerorts zu Überinterpretationen wie hier im Falle der Kooperativen Prävention.

Die Darstellung der Studie als ein System der Kontrolle und Steuerung, als regionales Machtinstrument über den gesundheitlichen Bereich hinaus, wirkt absurd, zumal wenn man sich die diesbezüglich geringe Personaldecke der DHP innerhalb der Regionen vor Augen hält. Auch lassen die Ergebnisse der Vorstudienphase die totale Überschätzung der Kooperativen Prävention innerhalb dieser Darstellung erkennen.

Darüber hinaus war an keiner Stelle vorgesehen, die ärztliche Tätigkeit über Geschäftsstellen zu koordinieren. Vielmehr war geplant, Arbeitskreise zu etablieren, die u.a. die einzelnen Implementationsträger koordinieren. Die Koordination besteht aber nicht darin, die Ärzte zu bevormunden. Koordination heißt, Maßnahmen zu planen und zu organisieren, Mittlerstelle für auftauchende Fragen, Konfliktlöser in Konkurrenzsituationen zu sein etc.. In den Arbeitskreisen, die eventuell in Geschäftsstellen ihr Büro etablieren, sind alle diejenigen willkommen, die ihre Arbeit einbringen wollen. Es war immer gewünscht, daß Mitglieder der Ärzteschaft sich aktiv beteiligen.

Insgesamt waren die aufgeworfenen Angriffe gegen die Kooperative Prävention haltlos. Jedoch war es kaum möglich, dagegen zu argumentieren, vor allem gegen die Darstellung als ein System zur Macht- und Kontrollaneignung: Grundsätzlich können alle Aktivitäten, die geplant eingesetzt werden, als Aktivitäten interpretiert werden, die auf die Erreichung von Macht und Kontrolle abzielen; dies ist dem Vorgang des 'Planens' immanent. Allerdings sollten Macht und Kontrolle dann nicht gleichgesetzt werden mit alleiniger Beherrschung, Autorität, und zwar im negativen Sinn, sondern mit effizienter Gestaltung und zielgerichtetem Vorgehen.

Trotz der vehementen Angriffe gegen die Kooperative Prävention, die zum Teil auf eine Rücknahme der Bewilligung abzielten, zum Teil nur eine Verlängerung der Mittelsperre erreichen wollten, um der Ärzteschaft bessere Möglichkeiten der gewünschten Einflußnahme zu garantieren, oder die den Ansatz der Kommunalen Prävention stärken sollten, wurde zum Ende der Mittelsperre keines dieser Ziele voll erreicht.

Eine neue formelle Sperre erschien dem BMFT nicht zweckmäßig. Auf der anderen Seite sollte der Status quo erhalten bleiben und sollten keine Interventionsmaßnahmen begonnen werden. Eine weitere Klärung sollte schließlich über den Beirat erzielt werden.

5.1.2.7. Zusammenfassung

Die gewünschte Einigung zwischen den Ärzteorganisationen und den Vertretern der Kooperativen Prävention, die über das Steuerungsinstrument der Mittelsperre erreicht werden sollte, konnte nur für Baden-Württemberg erreicht werden, wo dieser Prozeß für alle Beteiligten einer Besserstellung gegenüber dem Status quo gleichkam.

In den Regionen Bayern und Berlin, in denen die Durchführung der Kooperativen Prävention nach Meinung der Ärzteschaft für sie selbst keine Verbesserung der Situation bringen konnte, und die Kooperative Prävention darüber hinaus gemäß der Argumentation der ärztlichen Interessenvertreter zur Verschlechterung des ärztlichen Status quo führen würde, lehnte man die Studie ab.

In Bremen erfolgte in der Zeit der Mittelsperre weder eine Stellungnahme für noch gegen die Studie.

Für die Interessenpolitik der Ärzteverbände/Organisationen kann aufgrund der vorliegenden Dokumente festgestellt werden, daß im Vordergrund aller Aktivitäten die Einforderung seitens der Ärzteschaft liegt, alleingültige Autorität in allen gesundheitspolitischen Belangen zu haben. Dies gilt im übrigen auch für die Politik der Bremer Ärztekammer, insofern als hier auch keine positive Entwicklung feststellbar war, auch wenn dies strategisch bedingt war. Im übrigen hätte gerade der Bremer Landesvorsitzende durch seine Doppelfunktion grundsätzlich stimulierend wirken können, wenn er an einer Einigung zugunsten der Kooperativen Prävention interessiert gewesen wäre. Hierbei darf natürlich nicht vergessen werden, daß er dadurch 'Partei ergriffen' hätte und eventuell bei anstehenden Wahlen schlechtere Chancen gehabt hätte.

Die Interessenlage der betroffenen Bevölkerung tritt bei der gesamten Diskussion nicht nur deutlich in den Hintergrund, sie wird so gut wie gar nicht diskutiert. Daß schließlich das Mo-

tiv der Ärzteschaft vorwiegend ökonomischer Natur ist, wird u.a. daran deutlich, daß seitens der Landesärztekammer Bayern die 'Planstellen für Nichtärzte', seitens des NAV und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die 'Geschäftsstellen' als Ausweitung des primärpräventiven Zuständigkeitsbereichs auf Nichtmediziner, seitens des Berufsverbandes Deutscher Internisten und der Landesärztekammer Bayern der Untersuchungssurvey als Eingriff in das ärztliche Behandlungsmonopol betont werden. Ein weiterer Beleg ist die im Entwurf des Abkommens mit der baden-württembergischen Ärzteschaft sich einkommensmäßig niederschlagende Forderung nach einer Verlagerung der Surveydurchführung von den vorgesehenen Durchführern (Infra-test Gesundheitsforschung und BGA) in die Praxen der niedergelassenen Ärzteschaft.

Welche Durchsetzungsmöglichkeiten die Ärzteschaft hat, wird an der 'Drohung' des Vorsitzenden der Bayerischen Landesärztekammer deutlich, durch die Ärzte die Patienten über die Entscheidung zum Boykott der Studie zu informieren sowie der Schlußfolgerung, daß es daher dem Bundesminister für Forschung und Technologie zu empfehlen sei, den Landkreis Traunstein aus dem Projekt zu streichen. Zwar wurde hierüber keine Rücknahme erreicht, jedoch das Studienzentrum in seiner Arbeit erheblich eingeschränkt, wie im folgenden dargestellt werden wird. Durch diese Strategie wurde darüber hinaus die Verantwortung für eine 'Ressourcenverschwendung' wieder in die Administration hineingetragen, was gerade vor der immer aktuellen Kostendämpfungsdiskussion im Gesundheitswesen an Brisanz gewinnt.

Unter dem Aspekt der entscheidungsprozeduralen Steuerung kann zusammenfassend festgehalten werden, daß sich zunächst in drei Regionen keine zielgerichteten korporatistischen Verhandlungsstrukturen aufbauen ließen, da sich für die Ärzteschaft über die Kooperative Prävention eine Problemlösung außerhalb und nur teilweise in der Domäne der Ärzteschaft abzeichnete, die eine Kompromißfindung mit dem konsensstimulierenden Charakter des Einigungsgewinnes nicht ermöglichte.

Die Tatsache, daß in der Studienregion Baden-Württemberg eine fruchtbare Handlungsstruktur etabliert werden konnte, ist damit zu begründen, daß, im Gegensatz zu den übrigen Studienregionen, seitens der Ärzteschaft ein Ziel verfolgt wurde, das über eine Einigung 'ökonomisiert' werden konnte, nämlich die Finanzierung des Ansatzes der Kommunalen Prävention im Rahmen der Kooperativen Prävention. In den übrigen Regionen verfolgte die Ärzteschaft nicht dieses Ziel und stellte sich generell gegen die Kooperative Prävention, was letztlich entgegen der Interessen der Bevölkerung war, da trotz des selbst von der Ärzteschaft akzeptierten präventiven Bedarfs hier nicht deutlich gemacht werden konnte, daß auf irgendeine Art und Weise agiert werden würde, d.h. es erfolgte eine Ablehnung der Studie, ohne ein Gegenangebot zu etablieren.

Die Unfähigkeit der Administration, dieses Problem zu handhaben, wurde in der Stellungnahme des BMFT deutlich, wonach eine neue Mittelsperre zur weiteren Abstimmung nicht zweckmäßig erschien, jedoch betont wurde, der Status quo solle erhalten bleiben und keine Interventionsmaßnahmen begonnen werden.

Es wurde seitens des Förderers beschlossen, eine Einigung über den Beirat der Studie, der bis dahin noch nicht gegründet war, herbeizuführen. Dem Beirat wurde mithin die Aufgabe der Entlastung der Politik des BMFT in dieser interessengesteuerten gesundheitspolitischen Diskussion zugeordnet, obschon er aufgrund der Art der Zusammensetzung und gemäß seines Selbstverständnisses eher zur wissenschaftlichen Begleitung und zur Bewertung des Studienerfolges und damit allein zur Legitimierung des BMFT gegenüber dem Steuerzahler diene. Von daher kam von dieser Seite letztlich kein neues Moment der Steuerung im Sinne eines Interessenausgleichs, der die Programmimplementation in der Phase der Mesoimplementation präjudiziert hätte.

5.1.3. Analyse der Aktivitäten nach der Mittelsperre

- 1. 8. 1984 bis 31. 12. 1986 -

Der Aufbau der Implementationsstruktur erfolgte nach Ablauf der Mittelsperre in den Studienregionen sehr unterschiedlich.

Dies war u.a. auf Aushandlungen mit der Ärzteschaft und auf eine feststellbare 'Konfliktvermeidungsstrategie' im Rahmen letztlich ungeklärter oder unzureichend gelöster Kooperationsvereinbarungen zurückzuführen.

5.1.3.1. Programmumsetzung in Baden-Württemberg

Wie bereits dargestellt, kam die Vereinbarung zwischen der Ärzteschaft und der Studie nicht mehr in der geplanten Studienregion Mannheim und Weinheim, sondern in Stuttgart zum Tragen. Daß nicht alle relevanten Parteien in Mannheim und Weinheim hinter der Forderung der Ärzteschaft standen, geht aus der Dokumentation des folgenden Schriftwechsels hervor.

Nachdem in der Öffentlichkeit bekannt wurde, daß die Studie nicht mehr in den ursprünglich ausgewählten Studienregionen durchgeführt wurde, wandten sich unterschiedliche Gruppen, Organisationen und Personen in Schreiben an den BMFT mit der Bitte, die Studie in der Region Mannheim/Weinheim zu belassen.

So hieß es u.a. in dem Brief vom 18.8.1984 eines gemeinnützigen Bürgervereins an den BMFT, man habe erfahren, daß der Studie nun die Mittel gestrichen und somit die zweieinhalbjährige Arbeit für und mit Bewohnern der Stadt Mannheim zerstört werden solle. Dies sei unverständlich, zumal immer wieder von Kostendämpfung im Gesundheitswesen gesprochen und an alle appelliert werde, ihren Teil dazu beizutragen. Genau in dieser Richtung habe sich im Gesundheitstreffpunkt¹⁾ eine ganze Menge entwickelt - auch durch Unterstützung und in Zusammenarbeit mit Ärzten, Krankenkassen und (als wesentlicher Teil) der Gemeindestudie Rhein-Neckar.

In einem weiteren Brief vom August 1984 an den BMFT wurde seitens eines niedergelassenen Arztes Stellung zu einem Rundschreiben an die niedergelassenen Ärzte in Mannheim genommen.

¹⁾ Der Gesundheitstreffpunkt war bereits in der Vorstudienphase mit dem Ziel der Erprobung vor dem Aspekt der Aufnahme in das Gesamtprogramm etabliert worden.

Über dieses Schreiben habe man erfahren, die Ärzteschaft in Mannheim lehne es ab, das Konzept der Kooperativen Prävention in Mannheim/Weinheim zu unterstützen. Da dieses Konzept jedoch in der Bevölkerung auf große Resonanz gestoßen sei, was vor allem die Aktionen, die durch den Gesundheitstreffpunkt und die Regionale Arbeitsgemeinschaft für Selbsthilfegruppen (RAG) initiiert worden seien, betreffe, wolle man deutlich machen, daß von der Ablehnung der Studienkonzeption durch die gesamte Mannheimer und Weinheimer Ärzteschaft keine Rede sein könne.

Ähnlich positive Schreiben an den BMFT gingen von Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen und Einzelpersonen aus. Es wurde darum gebeten, die Kooperative Prävention in den ursprünglich geplanten Regionen zu belassen. Sogar an ein Beiratsmitglied wurde mit der Bitte herangetreten, sich auf der konstituierenden Sitzung im August 1984 für einen Verbleib der Studie in Mannheim und Weinheim einzusetzen.

Die hier auch von ärztlicher Seite in dem zweiten wiedergegebenen Schreiben deutlich werdende Ablehnung des Beschlusses der Mannheimer Ärzteschaft relativiert die eingangs aufgestellte These dahingehend, daß es offensichtlich die Ärzteorganisationen und hier die Führungsspitzen der freien Verbände sind, die den Bereich der Prävention für die Ärzteschaft aus ökonomischen Interessen reklamieren. Die Stellungnahme ist auf der anderen Seite auch ein Anhaltspunkt dafür, daß ein Teil der Ärzte politisch nicht sonderlich interessiert ist; ansonsten wäre sicher die sich hier meldende Ärzteschaft über die Kontroversen hinsichtlich der Studie unterrichtet gewesen, zumal diese in der ärztlichen Presse gerade in Baden-Württemberg ausreichend Furore gemacht hatte. Es könnte jedoch auch die Vermutung naheliegen, daß es sich hier um eher solche Ärzte handelt, die nicht in die existierenden Strukturen und das bestehende gesundheitspolitische Netzwerk integriert sind. Gestützt wird diese Vermutung insbesondere dadurch, daß entsprechende Stellungnahmen seitens einiger Ärzte erst sehr spät kamen. Integration in diesem Sinne bedeutet, daß der einzelne in den gegebenen Strukturen anerkannt wird und er umgekehrt

diese Strukturen akzeptiert. Weiterhin heißt Integration in diesem Falle auch, in ein Informationsnetz mit fest vorgegebenen Einstellungs- und Problemlösungsmustern, die von einer vorgegebenen Norm abweichende Muster nahezu ausschließen, eingebunden zu sein.

Angesichts der nun betriebenen Öffentlichkeitsarbeit für die Kooperative Prävention in Mannheim und Weinheim sowie gegen die organisierte Ärzteschaft, die diesen Beschluß durchsetzte, bezog der Präsident der Landesärztekammer Baden-Württemberg in einem offenen Brief Stellung (vgl. Anlage 4). Er stellte fest, es sei ein Gesundheitsladen installiert worden, der den gesundheitspolitischen Vorstellungen im Land Baden-Württemberg entgegengestanden habe.

"Dies mußte den Widerstand der niedergelassenen Ärzteschaft in Mannheim hervorrufen. Gespräche zwischen Ärzteschaft und Studienleitung scheiterten an der Unflexibilität, ein bereits festgeschriebenes Programm der DHP-Studie an die örtlichen Gegebenheiten anzupassen..."

Er ergriff weiter Partei für die angegriffene Ärzteschaft, indem er feststellte, daß erst der Widerstand der Mannheimer Ärzteschaft eine aufgeschlossene Gesprächsbereitschaft der Beteiligten ermöglicht habe, und daß erst so das Programm auf realistische Möglichkeiten der Studienregionen hätte umgestellt werden können.

Das Schreiben verdeutlicht, daß es bei dem Verhandlungsergebnis zwischen der Ärzteschaft und dem Projektleiter der Kooperativen Prävention seitens der Ärzteschaft einzig und allein darum gegangen war, das Modell der Kommunalen Prävention, das bis zu diesem Zeitpunkt noch nicht bewilligt war, über die Kooperative Prävention in der baden-württembergischen Studienregion zu etablieren. Daß es dabei nicht um die Patienteninteressen ging, sondern darum, die bestehenden Strukturen zu erhalten, indem der Bereich der Prävention in die Kontrolle der Ärzteschaft gelegt wurde, wird in der Ablehnung des 'Gesundheitsladens' deutlich. Obwohl dieser den Interessen und Wün-

schen verschiedener Gruppen der Gemeindebevölkerung inklusive einzelner Ärzte entsprach, wurde er aufgrund der 'gesundheitspolitischen Vorstellungen' im Land Baden-Württemberg abgelehnt. Die Politisierung der Geschäftsstellen ist darin begründet, daß die Ärztevertreter hierin die prinzipiell von ihr in Frage gestellten Arztzentren mit beamteten und angestellten Ärzten oder sogar Vertretern paramedizinischer Berufe sahen. Es wurde als Konsequenz mit der Ablehnung dieses Programnteils reagiert, wobei, wie bereits betont, weniger die Patienteninteressen als vielmehr das Motiv des Eigeninteresses vorrangig waren, was den Grund 'gesundheitspolitische Vorstellungen' als ökonomisches Interesse entlarvt.

In diesem Kontext sei noch einmal erwähnt, daß es Ziel der Kooperativen Prävention ist, möglichst jedes Gemeindemitglied zu erreichen; daher ist es notwendig, alle möglichen und akzeptierten Zugangsmöglichkeiten zu den einzelnen Zielgruppen zu suchen und zu nutzen, solange keine ethischen oder rechtlichen Bedenken auftreten.

Im Oktober 1984 wurde die Modellvereinbarung für Stuttgart verbindlich unterzeichnet. Wie an früherer Stelle betont, war die Verhandlungsposition des Projektleiters aufgrund vorangegangener Konflikte und der Drohung der 'Bestreikung' der Studie schlechter als die Verhandlungsposition der Ärzteschaft. Dies zeigte sich im Ergebnis für die Kooperative Prävention insofern, als die Vereinbarung der Ärzteschaft die Möglichkeit eröffnete, die Kooperative Prävention in die Kommunale Prävention zu überführen. Darüber kann letztlich auch nicht die Tatsache hinwegtäuschen, daß die Einrichtung einer Geschäftsstelle unterzeichnet wurde. Der Standort für die Geschäftsstelle, der lt. Punkt 4 der Vereinbarung so zu wählen war, daß eine enge Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Kooperativer Prävention gewährleistet sei, und schließlich im Haus der Bezirksärztekammer Stuttgart verankert wurde, ist ein Zeichen für ihre tatsächliche Bedeutung im Rahmen der Studie.

Zur weiteren Beurteilung dieser Modellvereinbarung im Hinblick auf die Vereinbarkeit mit den Vorstellungen der Kooperativen

Prävention werden im folgenden die konkrete Zusammensetzung, Aufgabenstellung und Befugnisse des im Abkommen geforderten Beirats/Ausschusses analysiert. Darüber hinaus wird untersucht, welche Funktion der Geschäftsstelle zukommt und ob diese im Sinne des Studienhandbuchs interpretierbar ist.

Unter Zugrundelegung des Erlasses des Landesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung vom 30. August 1982 (vgl. Anlage 5) war in Stuttgart die Arbeitsgemeinschaft für kommunale Gesundheitserziehung und Gesundheitsbildung am Gesundheitsamt Stuttgart im Januar 1985 auf Betreiben der DHP gegründet worden, deren Aufgabe u.a. die Entwicklung von Richtlinien für die Prävention und Gesundheitserziehung war. Hiermit lag eine Grundlage für den in der DHP zu bildenden Arbeitskreis im Rahmen des Aufbaus neuer Implementationsstrukturen vor. Da sich dieser Arbeitskreis jedoch aus 30 bis 50 Mitgliedern zusammensetzte, die sich pro Jahr lediglich ein- bis zweimal treffen konnten, wurde für die spezielle Arbeit der Kooperativen Prävention ein ständiger Ausschuß gebildet, der dem Arbeitskreis für Gesundheitserziehung angegliedert wurde.

Federführend in dem Ausschuß ist das Gesundheitsamt der Stadt Stuttgart. Weitere Mitglieder sind der Sprecher der Stuttgarter Ärzteschaft, ein Vertreter der Krankenkassen, ein Vertreter der freien Wohlfahrtsverbände sowie der zuständige Projektleiter.

Hierdurch wurde der erste Punkt der Stuttgarter Vereinbarung hinsichtlich der maßgeblichen Beteiligung der Ärzteschaft im regionalen Beirat - wie diese Auflistung zeigt, besteht der ständige Ausschuß, der für die Programmarbeit zuständig ist, hauptsächlich aus Vertretern der Ebene des gesundheitspolitischen/ärztlichen Sozialsystems - sowie der Ansiedlung des Ausschusses bei den Arbeitsgemeinschaften¹⁾ voll erfüllt.

¹⁾ Die Bezeichnung 'Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung' im Text der Vereinbarung ist identisch mit der Bezeichnung 'Arbeitsgemeinschaft für Kommunale Gesundheitserziehung und Gesundheitsbildung am Gesundheitsamt Stuttgart'. Häufig taucht auch die Bezeichnung 'Arbeitskreis für Kommunale Gesundheitserziehung' auf.

Welche Aufgaben dem Beirat bzw. ständigen Ausschuß zukommen, wurde weder schriftlich noch mündlich einer größeren Öffentlichkeit mitgeteilt. Sie können allerdings abgeleitet werden aus den Aktivitäten des Ausschusses im Zusammenhang mit der Mesoimplementation des Arztprogramms sowie dem Aufbau der sonstigen Implementationsstruktur.

Bezogen auf das Arztprogramm sei an dieser Stelle nur angemerkt, daß der ständige Ausschuß vor einer Durchführung der Fortbildungsveranstaltung für Ärzte diese erst prüfen wollte. Schon vor einer Prüfung wurde darüber hinaus beschlossen, ein Fortbildungsprogramm für Ärzte durch die sozial- und arbeitsmedizinische Akademie in Ulm entwickeln und durchführen zu lassen und das WIAD-Programm, je nach Testergebnis, zu berücksichtigen. Obschon die Teilnehmer des Tests das Konzept sehr positiv beurteilten, wurde das Programm dennoch nicht in der Region implementiert. Man entwickelte vielmehr ein eigenes Programm, ohne zunächst die Gesprächstechniken inhaltlich zu integrieren. Erst Mitte 1986 entschied man sich für ihre Einbindung, allerdings nicht über den Programmteil der Kooperativen Prävention, sondern über das Programm des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung.

Ähnlich handelte der ständige Ausschuß in der Fortbildung bzw. Schulung anderer Multiplikatoren.

Im Rahmen der Kooperativen Prävention waren in Stuttgart bereits Anfang 1985 vierzehn Apotheker fortgebildet worden. Diesbezüglich stellte der ständige Ausschuß im März 1985 fest, daß diese Größenordnung als unproblematisch zu sehen sei; allerdings gäbe es sicherlich Probleme bei der Ausweitung des Programms zwischen der Ärzteschaft und den Apothekern. Diese Probleme, so war es die einhellige Meinung des Ausschusses, dürften auf keinen Fall zu Lasten der Ärzteschaft gelöst werden.

Diese Stellungnahme hatte insofern verbindlichen Charakter, als in der Folgezeit seitens der DHP-Projektleitung in der

Studienregion Stuttgart die Arbeiten des zuständigen Auftragnehmers der Kooperativen Prävention für die Fortbildung von Apothekern abgebaut wurden.

Hinsichtlich der Fortbildung der Arzthelferinnen vertrat der ständige Ausschuß die Meinung, daß aufgrund des geringen zeitlichen Spielraums im Ablauf der Arztpraxis für die Tätigkeit der Beratung kaum Zeit bestünde. Von daher wurde die Durchführung der Fortbildung für Arzthelferinnen eher zurückhaltend beurteilt, so daß zunächst seitens der DHP keine Schulungen vorgenommen wurden.

Ähnlich wie bei dem Fortbildungsprogramm für Ärzte wurde auch beim FIED-Programm seitens des ständigen Ausschusses vorgegangen. Beim FIED-Programm handelt es sich um ein Fortbildungsprogramm für Ernährungsmultiplikatoren, das zentrenübergreifend im Auftrag der Kooperativen Prävention durch einen externen Anbieter eingesetzt werden sollte. Hier wurden vom Ausschuß Bedenken dahingehend geäußert, daß aufgrund bestehender vielfältiger Angebote eine Konkurrenzsituation geschaffen werden könnte. In diesem Zusammenhang wurde beschlossen, alle diesbezüglich relevanten Organisationen und Institutionen einzuladen, um einem Vertreter von FIED die Gelegenheit zur Vorstellung des Programms zu geben. Zu dieser Sitzung waren auch alle Mitglieder des ständigen Ausschusses einzuladen.

Noch offensichtlicher werden die Rechte des ständigen Ausschusses anhand der Darstellung der Entscheidung hinsichtlich des Aufbaus einer stadtteilbezogenen Arbeitsgruppe. Der ständige Ausschuß entschied, er wolle erst diese Entwicklungen beobachten und dann gegebenenfalls unterstützen. Allerdings war den Mitgliedern des Ausschusses nach eigenen Aussagen nicht klar, welche Aufgaben Stadtteilarbeitskreise übernehmen könnten.

In diesem Zusammenhang ist noch einmal zu erwähnen, daß die erste Geschäftsstelle in den Räumen der Bezirksärztekammer in Stuttgart etabliert wurde und damit außerhalb des Interventionsgebietes lag. Hierüber wurde zwar der Forderung der Ver-

einbarung Genüge getan, wonach der Standort der Geschäftsstelle so zu wählen sei, daß eine enge Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und DHP gewährleistet sei; allerdings entsprach dieser Standort nicht der Forderung der Kooperativen Prävention, derzufolge die Geschäftsstelle u.a. auch die Funktion hat, die sozialen Gruppen zu erreichen, die im wesentlichen nur über den Ansatz der 'aktivierenden Gemeinwesenarbeit' zu motivieren sind. Eine zweite Geschäftsstelle, die sog. 'Bezirksgeschäftsstelle', wurde im Interventionsgebiet etabliert, wobei diese eher als Büro der Mitarbeiter dient.

Die Aufgaben des ständigen Ausschusses sind demzufolge, abgeleitet aus dem Vorangegangenen:

- Feststellung des Bedarfs für Maßnahmen im Rahmen der Kooperativen Prävention;
- Abwägen zwischen Bedarf und eventueller Konkurrenzsituation;
- Prüfung der Maßnahmen aus medizinischer/ärztlicher Sicht;
- Festlegung des Angebotsspektrums, das in Stuttgart im Rahmen der DHP angeboten wird.

Es ist somit festzuhalten, daß der ständige Ausschuß sehr bemüht ist, die Maßnahmen, die im Rahmen der Kooperativen Prävention durchgeführt werden sollen, zu unterstützen. Voraussetzung ist jedoch jeweils dann eine Prüfung der Maßnahmen, wenn sie den Mitgliedern nicht bekannt sind, sowie eine Abschätzung der Konkurrenzsituation innerhalb der Gemeinde und im besonderen zur Ärzteschaft, um mögliche Konflikte von vornherein zu eliminieren. Daß hierbei eventuell Maßnahmen ins Hintertreffen geraten, die in den Augen des vorrangig mit Vertretern des gesundheitsbezogenen Sozialsystems¹⁾ bestückten ständigen Ausschusses eine Konkurrenz darstellen, wird aus dem Vorangegangenen deutlich. Darüber hinaus bestätigt die hier

¹⁾ Für die Zielsetzung der Kooperativen Prävention der DHP ist vor allem die Zusammensetzung des ständigen Ausschusses problematisch, da hier nicht unbedingt eine ausgewogene Entscheidungsinstanz, bezogen auf die Auswahl der Maßnahmen sowie die Zielsetzung der Kooperativen Prävention, vorliegt.

wiedergegebene Umgangsweise mit dem Maßnahmeneinsatz im Rahmen der Studie die zugrundegelegte These.

An dieser Stelle sei erklärend bzw. interpretierend auf Ergebnisse der Interorganisationstheorie hingewiesen. Für Evan ist das Maß der Ausgerichtetheit einer Organisation bestimmbar über den Anteil des Organisationspersonals, welches sich mit organisationsexternen Angelegenheiten befassen muß. Die Existenz von sog. 'Grenzpersonal' in einer Organisation kann grundsätzlich in 2 Richtungen interpretiert werden, nämlich

1. das Ausbilden von Grenzpersonal sichert bestehende Außenbeziehungen und fördert neue und/oder
2. bestehende organisatorische Interdependenzen zwingen die Organisation dazu, Grenzpersonal auszubilden.

Für den Erfolg einer Organisation hält Evan die Ausbildung, das Expertentum sowie die Bedeutung des Grenzpersonals für ausschlaggebend.¹⁾

Im vorliegenden Fall verkörpern in Baden-Württemberg die im ständigen Ausschuß vertretenen Ärzte sowie der Projektleiter das sog. Grenzpersonal, wobei dem Grenzpersonal der Ebene des gesundheitspolitischen Sozialsystems aufgrund der Ausgangssituation unter dem Aspekt einer konfliktfreien Implementation offensichtlich die größere Bedeutung beigemessen wurde - und zwar auch bzw. gerade seitens der Vertreter der Studie.

Vergleicht man die aus den Aktivitäten abgeleitete Aufgabenstellung des ständigen Ausschusses mit der der Ärzteschaft im Rahmen der Kommunalen Prävention, stellt man eine große Ähnlichkeit zwischen der Aufgabenstellung und Funktion des ständigen Ausschusses der Kooperativen Prävention in Stuttgart sowie der Aufgabenstellung und Funktion der Ärzteschaft im Ansatz der Kommunalen Prävention fest.

¹⁾ Vgl. Evan, W.M.: Toward a Theory of Interorganizational Relations, in: Management Science, 11 Jg., Heft 10, 1966, S. 217-230

Dies wird unterstützt durch die inhaltliche Ausgestaltung der Geschäftsstellen, insofern als sie einmal qua tatsächlicher Nutzung, zum anderen jedoch über die Entfernung zum Interventionsgebiet und der Lage als reine Bürostellen des ständigen Ausschusses sowie der Mitarbeiter degradiert sind.

Unter Zugrundelegung der Fragestellung: "Was vollzieht sich (und warum) nach Ablauf der Studienphase vor der tatsächlichen Durchführung des Gesamtprogramms und welche Einflüsse hat dieser Prozeß auf das Programm", kann für die Studienregion Stuttgart festgehalten werden, daß aufgrund der Schwierigkeiten mit der Ärzteschaft in Mannheim und Weinheim in Stuttgart versucht wurde, möglichst jedem Konflikt mit der Ärzteschaft aus dem Wege zu gehen. Von daher wurde in Stuttgart für die Durchführung der Hauptstudienphase eine Vereinbarung seitens des Projektleiters der DHP mit dem Präsidenten der dortigen Landesärztekammer geschlossen, deren Erfüllung zu einer Annäherung zwischen Kommunalen und Kooperativen Prävention führte und die Unterschiede beinahe vollständig eliminierte. Im einzelnen kam hier eine Aufgabenzuordnung an die Ärzte zustande, die in dieser Form im Operationshandbuch nicht vorgesehen war. Vor allem wurde dem Ansatz der aktivierenden Gemeinwesenarbeit in keiner Weise mehr entsprochen, was zum einen auf der diesbezüglichen Ignoranz des ständigen Ausschusses beruhte, zum anderen jedoch auch auf dem Bedürfnis der Sicherung des bestehenden ärztlichen Arbeits- und Aufgabenfeldes.

5.1.3.2. Programmumsetzung im Kreis Traunstein

In Traunstein konnten im Analysezeitraum keine wesentlichen Fortschritte im Hinblick auf die Einbindung der Ärzteschaft sowie ihrer ablehnenden Haltung gegenüber der Kooperativen Prävention gemacht werden. Zwar konnte erreicht werden, daß das Fortbildungsprogramm einer kleinen Gruppe von Ärztefunktionären vorgestellt wurde (vgl. 5.2.), allerdings konnte es nicht in den angebotenen Fortbildungszyklen des Kreisvereins verankert werden. In zahlreichen Gesprächen mit den Vertretern der Ärzteschaft kam immer wieder die Meinung des Präsidenten

der bayerischen Landesärztekammer zum Ausdruck, der die Studie generell ablehnte.

Obschon dieser jedoch in seiner Stellungnahme zur DHP darauf hingewiesen hatte, die Ärzteschaft vor Ort werde die Bevölkerung über ihre ablehnende Haltung gegenüber der Kooperativen Prävention informieren, und unter diesen Umständen sei es zu empfehlen, den Landkreis Traunstein aus dem Projekt zu streichen, war keine entsprechende Reaktion der Bevölkerung hinsichtlich durchgeführter/ umgesetzter Maßnahmen feststellbar.

Allerdings wurde die Studie sehr zurückhaltend in die Gemeinde eingeführt; dabei wurden alle Aktivitäten unterlassen, die zu einem Konflikt mit der Ärzteschaft hätten führen können. So wurde beispielsweise keine Geschäftsstelle im Sinne der Kooperativen Prävention aufgebaut und es wurden, wie eingangs betont, keine Fortbildungsveranstaltungen für die Ärzteschaft angeboten, da dies 'nicht gewünscht' wurde. Ansonsten konnten die im Studienhandbuch niedergeschriebenen Aufgaben erfüllt werden, d.h. es wurden Apotheker und Arzthelferinnen geschult. Weiterhin wurden Laienmultiplikatoren für die Bereiche Bewegung und Ernährung in die Studie über die vorgegebenen Ausbildungsprogramme einbezogen. Es muß jedoch unter dem Aspekt der Implementation des Gesamtprogramms sowie der zugrundeliegenden Fragestellung betont werden, daß aufgrund der Ablehnung der Landesärztekammer Bayern und der immer präsenten Drohung, die Bevölkerung über die Ablehnung der Kooperativen Prävention seitens der Ärzteschaft zu informieren, die Vertreter des Studienzentrums in Bayern auf die Integration zweier wesentlicher Programmteile verzichten mußten, nämlich die Geschäftsstellenarbeit und die ärztliche Gesundheitsberatung. Das bedeutet, daß ein Teil der Zielbevölkerung letztlich nicht über die Kooperative Prävention erreicht werden kann und somit das implementierte Programm lediglich eine suboptimale Lösung darstellt.

Mithin führte die Haltung der organisierten Ärzteschaft bei den Vertretern der Kooperativen Prävention dazu, bei ihrer Programmdurchführung den Part der nichtinvolvierten Ärzteschaft zu Lasten der Gemeindebevölkerung mitzudenken, um den Widerstand der Ärzteschaft nicht zu provozieren. Die Ärzteschaft ihrerseits änderte in der gesamten Zeit ihre Einstellung nicht. Sie wurde im übrigen auch in keiner Weise im Bereich der Prävention tätig, wie noch unter Punkt 5.2. dargestellt werden wird.

Es entstand in Bayern die paradoxe Situation, daß die Ärzteschaft zwar den Bereich der Prävention für sich allein beanspruchte und von daher versuchte, alle Aktivitäten, die nicht aus dem eigenen Berufsstand heraus entstanden, zu verhindern, jedoch selbst ihrem Anspruch gemäß nicht aktiv wurde.

Zusammenfassend kann für Bayern ebenso wie für Stuttgart festgehalten werden, daß die eingangs aufgestellte These hier ihre Bestätigung findet, insbesondere was die nachrangige Patientenorientierung angeht.

5.1.3.3. Programmumsetzung in Bremen

Für Bremen war seitens der Landesärztekammer keine 'Nichtakzeptanz' der Kooperativen Prävention festgestellt worden. Allerdings war es auch hier sehr schwierig, einen entsprechenden Kontakt aufzubauen. Aber obschon es zu keinem der Stuttgarter Vereinbarung ähnlichen Abkommen kam, war mit der Zeit eine zunehmende Akzeptanz feststellbar. Dies zeigte sich zum einen darin, daß keine Anforderungen bzw. Änderungswünsche an das Programm in dem Maße laut wurden, daß tatsächliche Konflikte im Feld aufgetreten wären, die zu einer Änderung des Programms geführt hätten. - Dies ist sicher nicht zuletzt auf die Tatsache zurückzuführen, daß der Präsident der Bundesärztekammer in keiner Weise, d.h. auch nicht für eine Programmreformulierung, politische Verantwortung übernehmen wollte. - Zum anderen wurde sie deutlich in der eher ohne Formalisierung unbürokratisch allmählich sich vollziehenden Kooperation zwischen dem durchführenden Institut, der Ärzteschaft, den Lan-

desverbänden der Krankenkassen, dem Hauptgesundheitsamt, dem Gesundheitssenator und Vertretern der regionalen Bürgermeister (Ortsamtsleiter), die sich im Zeitverlauf in aktiver Unterstützung von Einzelmaßnahmen der Studie widerspiegelte.

Unter diesen günstigen Vorzeichen konnten wesentliche Teile der Implementationsstruktur gemäß den Vorgaben des Studienhandbuchs aufgebaut werden, d.h. es wurden zwei Geschäftsstellen mit festangestelltem Personal studienkonform eingerichtet, zu denen niedergelassene Ärzte aus der Umgebung der Treffpunkte -darunter eine Betriebsärztin - ihre Patienten regelmäßig anlässlich von Informations- und Motivationsveranstaltungen schickten. Ferner wurden programmgemäß Multiplikatoren ausgebildet und in die Durchführung der Kooperativen Prävention einbezogen.

Es gelang zwar nicht, die Ärzteschaft aktiv über das im Rahmen der Studie entwickelte Fortbildungsprogramm einzubeziehen; allerdings unterstützten sie Demonstrationsveranstaltungen, wie beispielsweise 1986 eine Blutdruckaktion. Es sei an dieser Stelle erwähnt, daß es sich bei dieser Blutdruckaktion um eine Aktion des 1985 gegründeten Arbeitskreises Gesundheit handelte, an dessen Sitzungen u.a. regelmäßig der Vorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung, der Präsident der Ärztekammer Bremen, der Leiter des Hauptgesundheitsamtes sowie der Leiter der Abteilung Gesundheitsberatung teilnahmen. Die Aktion war dem Arbeitskreis vom Projektleiter der Studie als eine gemeinsame präventive Aktivität vorgeschlagen worden. Um möglichst viele Ärzte in diese Aktion einzubeziehen, rief der Leiter der Abteilung Gesundheitsberatung des Hauptgesundheitsamtes Bremen im Bremer Ärzteblatt zur aktiven Unterstützung auf.¹⁾ Auch die Kassenärztliche Vereinigung unterstützte diese Blutdruckaktion, indem sie alle Ärzte aufrief, in ihren Praxen Blutdruck zu messen.

¹⁾ Vgl. Hilbert, Th.: Eine Initiative zur Blutdruck-Prävention, Aktionswochen im Juni 1986/Ärzte zur Unterstützung aufgerufen, in: Bremer Ärzteblatt, 4/86, S. 30

Im Rahmen dieser Aktion gelang es der Bremer Studiengruppe auch, eine Ärztefortbildung zum Thema Hypertonie unter Schirmherrschaft der Ärztekammer erfolgreich durchzuführen.

Auf Basis dieser guten Kooperation gelang es in der Folgezeit mehr und mehr, wie bereits eingangs angedeutet, Ärzte sowohl zu Informationsveranstaltungen als auch zur Unterstützung von Aktionen zu gewinnen, was nicht zuletzt darauf zurückzuführen ist, daß im Bremer Ärzteblatt zunehmend über die Studie sowie die dahinterstehende Thematik berichtet wurde.¹⁾

Im großen und ganzen wurde die Ärzteschaft mithin in Bremen einer Unterstützung der Studie gegenüber offener, so daß sich für Bremen die eingangs aufgestellte These nicht bestätigt, jedoch auch nicht direkt verworfen werden kann (vgl. hierzu 5.2.).

Bezogen auf die Fragestellung kann festgehalten werden, daß sich die Tatsache, daß der zuständige Landesärztekammerpräsident gleichzeitig Präsident der Bundesärztekammer war, auf die Phase der Mesoimplementation neutralisierend auswirkte. Im Kammergebiet Bremen, das verglichen mit den übrigen Kammergebieten 'übersichtlich' ist, wurde öffentlich nicht gegen die Kooperative Prävention gearbeitet, vielmehr wurde, wenn auch ohne schriftliche Vereinbarung, zunehmend auf eine Zusammenarbeit hingearbeitet. Das Programm der Kooperativen Prävention wurde somit, bis auf die Lücke des Fortbildungsprogramms für Ärzte, programmkonform implementiert.

Eine weitere Abklärung erfolgt unter Punkt 5.2. Akzeptanz des Teilprogramms für Ärzte.

1) An dieser Stelle seien als Platzhalter genannt:
Greiser, E.: Untersuchung der kardiovaskulären Mortalität in Bremen, in: Bremer Ärzteblatt, 11/85.
Greiser, E.: Kardiovaskuläre Risikofaktoren in der Bremer Bevölkerung, Ergebnisse des Gesundheits-Surveys 1984 in Bremen-Nord und Bremen-West, in: Bremer Ärzteblatt, 5/86, S. 9 ff.
Gutzwiller, F.: Epidemiologie der Hypertonie: Wissensstand und offene Fragen, in: Bremer Ärzteblatt, 6/86, S. 12 ff.

5.1.3.4. Programmumsetzung in Berlin

Wie in Bayern lehnte die Berliner Ärztekammer zunächst die Kooperative Prävention ab. Nach mehreren Gesprächen mit dem Vorstand der Ärztekammer zeichnete sich im Juli 1985 ab, daß eine Vereinbarung zwischen der Landesärztekammer und dem ansässigen Studieninstitut zustandekommen würde, was schließlich auch im Dezember 1985 der Fall war. Es wurde folgendes vereinbart:

"1. Die Ärztekammer und das Institut arbeiten bei der Durchführung der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP) in der Studienregion Berlin-Spandau zusammen.

2. Die Durchführung der DHP in der Studienregion Berlin-Spandau wird in dem Arbeitskreis Gesundheit der Ärztekammer beraten. Das Institut unterrichtet den Arbeitskreis über alle geplanten Aktivitäten sowie alle sonstigen für die Durchführung der Studie wichtigen Umstände. Das Institut erteilt dem Arbeitskreis darüber hinaus alle Auskünfte, die sich auf das Institut und die Durchführung der Studie in der Studienregion Berlin-Spandau beziehen. Der Arbeitskreis erteilt Empfehlungen für die Durchführungen der DHP.

3. Diese Vereinbarung wird zunächst für die Dauer eines Jahres abgeschlossen. Die Ärztekammer und das Institut werden sich rechtzeitig darüber verständigen, ob die Zusammenarbeit fortgesetzt werden soll." (Vgl. Anlage 6)

Während über das Stuttgarter Abkommen der Ärzteschaft die Vorrangstellung in der Arbeit der Studie eingeräumt wurde, gestaltete sich das Abkommen mit der Berliner Ärztekammer auf einer eher kooperativen Basis.

Trotz dieses Abkommens wurde dennoch die Studie in Berlin-Spandau in den Organen des Gesundheitswesens mit den immer wiederkehrenden Argumenten, die von der Systemveränderung bis hin zur Unwissenschaftlichkeit reichten, angegriffen; allerdings hatten die Angriffe nicht die Macht, die Studie ganz

oder in Teilen zu verhindern oder sie zu reformulieren. Vielmehr wurden auftragsgemäß Ärzte, Arzthelferinnen, Ernährungsexperten, Lehrer und Übungsleiter nach standardisierten Programmen fortgebildet/geschult und in der Folgezeit betreut, so daß ein Multiplikatorennetz¹⁾ aufgebaut werden konnte.

Am Rande sei erwähnt, daß das Berliner Studienzentrum keine Geschäftsstelle im Sinne der aktivierenden Gemeinwesenarbeit betreibt; der Grund hierfür liegt jedoch nicht in entsprechenden Wünschen des Arbeitskreises Gesundheit oder sonstiger Vertreter des Sozialsystems, sondern in der Orientierung des Studienzentrums.

Schließlich kann festgehalten werden, daß seitens des Arbeitskreises keine Behinderungen hinsichtlich der Durchführung der Studie festgestellt werden konnten. Inwieweit dies darauf zurückzuführen ist, daß vor der Paraphierung des Abkommens bereits ein Großteil der Fortbildungs-/Schulungsmaßnahmen durchgeführt waren und/oder daß der Konfliktpunkt, die Geschäftsstelle, nicht eingerichtet wurde, kann an dieser Stelle nicht geklärt werden. Seine aktive Unterstützung bei der Verankerung des ärztlichen Fortbildungsprogramms wird an späterer Stelle dargestellt.

5.1.4. Zusammenfassung

Die Auswirkungen der Einstellung der Ärzteschaft zur Kooperativen Prävention waren in den einzelnen Studienregionen sehr unterschiedlich, obschon zu Beginn der Phase der Mesoimplementation die Ablehnung bei den Vorständen der Landesärztekammern, Kassenärztlichen Bundesvereinigung, freien ärztlichen Verbänden, mit Ausnahme des Hartmannbundes, eindeutig feststellbar war. Die Ursache für die negative Haltung war vorrangig in der Befürchtung zu sehen, über die Kooperative Präven-

¹⁾ Auf die jedoch geringe Nachfrage der Teilnehmer am Fortbildungsprogramm für Ärzte wird unter Punkt 5.2. ausführlich eingegangen.

tion würden neue 'Gesundheitsversorgungsstrukturen' aufgebaut, die den niedergelassenen Arzt in seiner Existenz bedrohen könnten.

Diese vehemente Ablehnung der Kooperativen Prävention und die Präsentation einer von der Ärzteschaft entwickelten und erprobten 'Alternative' stellten den Förderer vor ein Entscheidungsproblem, das er auf die Ebene Ärzteorganisationen/Projektleiter delegierte.

Es zeigte sich trotz der gleichmäßigen Ablehnung, daß das Problem in den Studienregionen unterschiedlich gelöst wurde. Dies ist nicht zuletzt darauf zurückzuführen, daß die Bundesärztekammer, die zunächst als Verhandlungspartner für die Ärzteschaft insgesamt auftrat, allein das Recht hat, Empfehlungen gegenüber den Landesärztekammern und der Ärzteschaft auszusprechen und Ergebnisse an die Administration und Projektleiter im Auftrag der Landesärztekammern zu übermitteln, jedoch nicht im Rahmen von Verhandlungen zwischen ihr, Administration und Projektformulierern/leitern Entscheidungsbefugnisse für die Ärzteschaft übernehmen kann. Die Landesärztekammern sind in ihren Entscheidungen vielmehr autark. Daher führten die unterschiedlichen Verhandlungsperspektiven/Handlungsspielräume, die ein Ergebnis der jeweiligen Kammerpolitik darstellen, in den Regionen zu sehr differenzierten Problemlösungen.

In der Studienregion in Baden-Württemberg hatte die Ärzteschaft das Interesse, ein eigenes Konzept zu etablieren und sah durchaus die Möglichkeit, ihre Chancen über das 'Konfliktpotential' der Kooperativen Prävention zu erhöhen.

Ausgehend von der Tatsache, daß das Programm der Kooperativen Prävention sehr gute Aussichten im Begutachtungsprozeß hatte, verfolgte man zunächst die Strategie, das Programm zu politisieren, indem man es als ein 'Konzept mit systemverändernden Tendenzen' auf höchster politischer Ebene ablehnte. Da die Administration aufgrund des politischen Gewichts der ärztlichen Interessenvertreter sowie der Konfliktpotenzialen keine Ent-

scheidung gegen die Kommunale Prävention treffen wollte, sie auf der anderen Seite jedoch die Kooperative Prävention mit erheblichen Steuermitteln bereits in der Vorstudienphase 'vorfinanziert' hatte, suchte sie danach, daß Problem außerhalb ihres Handlungsfeldes zu lösen und hierüber die Verantwortung für gefällte Entscheidungen zu verlagern. Die Vertreter der Kommunalen Prävention zeigten als Lösungen unterschiedliche Wege auf, nämlich die Programm(re)formulierung der Kooperativen Prävention unter Hinzuziehung der Ärzteschaft und/oder die Förderung der beiden Ansätze mit dem Ziel einer vergleichenden Analyse, um schließlich, nach Beendigung der Laufzeit der beiden Projekte, ein tragfähiges Programm zu implementieren.

Zunächst wurde der 2. Vorschlag insofern akzeptiert, als den Vertretern der Kommunalen Prävention seitens der Administration zugesagt wurde, einen entsprechenden Antrag zu prüfen.

Weiterhin sollte jedoch, unabhängig von der Bewilligung der Kommunalen Prävention, nun auch in den Studienregionen der Kooperativen Prävention laut Forderung der Administration die Beteiligung der Ärzteschaft angestrebt werden - dahinter stand das Bestreben der Administration, sich generell zu exkulpieren. Somit waren mit der Ärzteschaft entsprechende Verhandlungen mit entscheidungsprozeduralen Inhalten zu führen. In Baden-Württemberg wurde seitens der Ärzteschaft die Möglichkeit wahrgenommen, ihre Machtposition dazu einzusetzen, ihre Interessen auch im Ansatz der Kooperativen Prävention zu verwirklichen. Als Gegenleistung wurde dem Projektleiter eine 'konfliktfreie' Implementation zugesagt. Mit dem hierüber schriftlich geschlossenen Vertrag erfolgte eine Reformulierung des Ansatzes der Kooperativen Prävention in Richtung Kommunalen Prävention und den genannten Auswirkungen zumindest auf den Teil der Bevölkerung, der gerade über die Geschäftsstellen und die aktivierende Gemeinwesenarbeit erfaßt werden sollte.

In der Studienregion in Traunstein sah die Ärzteschaft kein Verhandlungsfeld für sich und die Vertreter der Kooperativen Prävention und lehnte eine Beteiligung generell ab. Zur Konfliktvermeidung, und um die Studie in ihrer Akzeptanz durch

die Bevölkerung aufgrund von negativen Äußerungen seitens der Ärzteschaft nicht zu gefährden, wurden die 'konfliktträchtigen' Maßnahmen nicht umgesetzt. Dabei stand nicht die direkte entsprechende Aufforderung durch die Ärzte im Raum, sondern allein die Annahme über daraus resultierende Schwierigkeiten, basierend auf den Äußerungen des Präsidenten der Bundesärztekammer. Ausgehend von dieser Strategie der Konfliktumgehung kann festgestellt werden, daß durch die teilweise Übernahme des Parts der kritisch beurteilenden Ärzteschaft durch die Studienvertreter selbst eine Reformulierung des Ansatzes in Richtung Kommunalen Prävention erfolgte. Eine vollständige Überführung wird hier jedoch nicht zu erwarten sein, da die Ärzteschaft in keinem Entscheidungsorgan qua personam mit bestimmten Befugnissen vertreten ist und von daher im Zweifelsfall die Studienmitarbeiter aufgrund ihrer Eigeninteressen, die u.a. auch darin zu sehen sind, die Kooperative Prävention so erfolgreich wie möglich durchzuführen, auf Dauer nicht immer diese Konfliktvermeidungsstrategie beibehalten werden, vor allem dann, wenn sie in der Bevölkerung über einen entsprechend positiven Bekanntheitsgrad verfügen. Allerdings gilt dies für die Zukunft. Im hier dokumentierten Berichtszeitraum sind die indirekten Auswirkungen als Programmreformulierung zu Lasten eines Teils der Bevölkerung zu werten.

In Berlin wurde ein Vertrag mit der Ärzteschaft ausgehandelt. Die daraus resultierenden Vereinbarungen hatten keinen programmreformulierenden Charakter. Die Tatsache, daß die Geschäftsstelle aus dem Interessenhorizont der Mitarbeiter und Projektverantwortlichen heraus nicht funktionsgemäß etabliert wurde, ist jedoch ebenfalls als Reformulierung zu sehen. Sie ist zwar nicht im Kontext mit den Auswirkungen ärztlicher Interessenpolitik zu bewerten, für die generelle Reichweite und Tragfähigkeit des Programms allerdings von erheblicher Bedeutung, insofern als auch hier Teilpopulationen bewußt nicht angesprochen werden.

Zu keiner Programmreformulierung, abgesehen von der Umsetzung des ärztlichen Fortbildungsprogramms, kam es in Bremen. Es kann vielmehr konstatiert werden, daß dort das Programm, soweit es im beeinflussbaren Handlungsfeld der Mitarbeiter bzw. des Projektleiters des Studienzentrums lag, gemäß den Vorgaben des Studienhandbuchs durchgeführt wurde, ohne Kompromisse mit der Ärzteschaft einzugehen.

Zusammenfassend läßt sich die eingangs aufgestellte These hauptsächlich für die Studienregionen in Bayern und Baden-Württemberg bestätigen; in Berlin und Bremen gestaltete sich die Zusammenarbeit zwischen der Ärzteschaft, hier insbesondere den Ärzteorganisationen, und den Studienzentren im Studienverlauf konfliktfreier, was zunächst auf eine Duldung oder sogar Akzeptanz von Vertretern anderer Berufsgruppen im Bereich des Gesundheitswesens seitens der Ärzteschaft schließen läßt. Allerdings zeigen die im folgenden dargestellten Erfahrungen im Bereich der Implementation des ärztlichen Fortbildungsprogramms, daß auch in diesen Regionen noch ein Konfliktpotential existiert, das die These, wenn auch mit Einschränkungen, bestätigt, und zwar für die niedergelassene Ärzteschaft.

5.2. Akzeptanz des Teilprogramms für Ärzte

Das Fortbildungsprogramm für Ärzte fand in den einzelnen Regionen der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie unterschiedliche Akzeptanz.

Im folgenden wird die Mesoimplementation dieses Programmteils beschrieben, d.h. zum einen werden die Aktivitäten wiedergegeben, die notwendig waren, um die Fortbildung durchzuführen und zum anderen werden die Ergebnisse des bei der Fortbildung eingesetzten Fragebogens zur Akzeptanz (vgl. Anlage 7)¹⁾ dargestellt und analysiert.

¹⁾ Die Fragebogen wurden im Rahmen der Studie von dem Begleitforschungsinstitut (Projekt Soziostrukturelle Evaluation in Freiburg) gemeinsam mit den zuständigen Mitarbeitern für das Arztprogramm entwickelt.

5.2.1. Akzeptanz des Teilprogramms für Ärzte in Stuttgart

In Stuttgart wurden Anfang Januar 1985 mit dem ständigen Ausschuß seitens der Projektleitung des Arztprogrammes Gespräche hinsichtlich der Mesoimplementation des ärztlichen Fortbildungsprogramms geführt.

Zunächst wurde von dem ständigen Ausschuß festgehalten, das vom WIAD entwickelte Fortbildungsprogramm solle über die sozial- und arbeitsmedizinische Akademie in Baden-Württemberg angeboten werden. Dies war unter dem Gesichtspunkt der Implementation als sehr positiv zu werten, da auf diese Weise eine in Baden-Württemberg für Fortbildung zuständige Körperschaft von Anfang an Träger des Programms gewesen wäre, eine günstige Voraussetzung für die Implementation des Programms bei den niedergelassenen Ärzten der Primärversorgung.

Bereits im Januar 1985 wurde mit dem zuständigen Leiter dieser Akademie vereinbart, die erste Fortbildungsveranstaltung Anfang März 1985 durchzuführen. Dieser Fortbildungstermin wurde noch im Januar 1985 bei der Vorstellung der Studie bei der Stuttgarter Ärzteschaft den anwesenden Ärzten genannt. Von den Teilnehmern meldeten sich für den genannten Termin 8 Ärzte verbindlich an.

Anfang Februar wurde der Projektleitung des Arztprogramms jedoch seitens der Stuttgarter Ärzteschaft telefonisch mitgeteilt, der avisierte Fortbildungstermin müsse zunächst verlegt werden, da einige Mitglieder des ständigen Ausschusses das Programm des WIAD nicht kennen und von daher zunächst prüfen müßten.

Dieser Anspruch war identisch mit der Forderung bzw. Feststellung der Bundesärztekammer vom April 1984, wonach das Entscheidungsrecht über die Übernahme der im Operationshandbuch vorgesehenen Strukturen und Verfahrensweisen bei der Ärzteschaft liegen müsse. Dies gilt für die Einrichtung der DHP-Geschäftsstellen, die sonstigen Strukturelemente, die Er-

schließung nichtärztlicher Bereiche, die Gestaltung von Demonstrationstagen und die vorgesehene ärztliche Fortbildung.

Um sich einen Eindruck über das Programm zu verschaffen, wurde festgelegt, das Programm im März 1985 zu testen.

Obschon die Fortbildung als 2-tägiges Seminar geplant war, sollte der Test nur an einem Tag durchgeführt werden, und zwar nicht bei der eigentlichen Zielgruppe, den niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen und Internisten, sondern bei angestellten Ärzten des Gesundheitsamtes der Stadt Stuttgart. Eine Begründung hierfür wurde nicht gegeben. Es bleibt zu vermuten, daß die Beteiligung des Gesundheitsamtes im Rahmen des Ausschusses zu dieser Auswahl führte. Eventuell erhoffte man sich aufgrund des Angestelltenverhältnisses der Testpersonen ein 'Gefälligkeitszeugnis' gegen das Programm.

An der Testveranstaltung nahmen in 'Spitzenzeiten' bis zu 16 Personen teil. Hiervon hatten jedoch allein 7 Personen einen 'Beobachterstatus' und nahmen daher weder an den Übungen teil noch füllten sie die seitens des WIAD eingesetzten Fragebogen (vgl. Anlage 7) aus.

Das Seminar fand bei den tatsächlichen Teilnehmern eine positive Resonanz, nicht jedoch bei den Beobachtern. Im folgenden erfolgt ein kurzer Überblick über die Ergebnisse der Seminarbefragung.

Über die Befragung sollte eine Einschätzung der Fortbildungsveranstaltung seitens der Teilnehmer erzielt werden. Kriterien der Bewertung waren die Durchführung der Veranstaltung, das Begleitmaterial/ die Studientexte, die Bedeutung/ der Stellenwert der Inhalte für die Praxis, d.h. Möglichkeiten der Integration der Gesprächstechniken in den Praxisalltag, Schwierigkeiten ihrer Integration und Möglichkeiten der Überwindung der Schwierigkeiten, die Ausgewogenheit der Thematik sowie eine Gesamteinschätzung der Veranstaltung als solche und der anstehenden Thematik der Gesundheitsberatung und Prävention im besonderen.

Bezüglich der Durchführung der Veranstaltung wurden die folgenden zwei Fragen gestellt: "Sind Sie mit dem zeitlichen Ablauf der Fortbildung einverstanden?" und "Würden Sie lieber ausschließlich durch Mediziner fortgebildet werden?"¹⁾ Beide Fragen konnten mit 'ja' oder 'nein' beantwortet werden, wobei bei der ersten Frage die Verneinung zu einer Begründung weiterleitete und bei der zweiten Frage beide Kategorien erläutert werden sollten.

Mit dem zeitlichen Ablauf der Veranstaltung waren sieben Teilnehmer nicht einverstanden. Als Grund wurde die Kürze der Seminarveranstaltung angegeben. Hier muß wiederholt werden, daß das Seminar auf ausdrücklichen Wunsch der Stuttgarter Studienleitung und des Ausschusses auf einen Tag reduziert wurde.

Hinsichtlich der Fortbilder bestand bei den Teilnehmern einhellige Meinung darüber, daß sie die Fortbildung durch Mediziner nicht präferieren würden, also mit der Seminarleitung durch Psychologen einverstanden waren.

Als Begleitmaterial stand das Buch 'Gesundheitsberatung, ein Leitfaden für die ärztliche Praxis' zur Verfügung. Von den neun Teilnehmern, die den Fragebogen beantworteten, hatten vier das Studienmaterial nicht gelesen. Von den übrigen fünf Teilnehmern beurteilten drei der Anwesenden das Material als

- gut gegliedert, effektiv,
- gut,
- gute Möglichkeit, sich zu informieren.

Die beiden übrigen Stellungnahmen waren eher negativ, nämlich

- nicht vorgelegen, aber mir bekannt, etwas zu oberflächlich in der Darstellung,
- Zielsetzung für Gruppe unverständlich.

¹⁾ Die Fortbildung wird aufgrund der Thematik von Psychologen durchgeführt.

Hinsichtlich der Bedeutung des Stellenwertes der Fortbildungsinhalte für den Praxisalltag wurden am Seminarende die Fragen gestellt:

"Glauben Sie, daß es Ihnen in Ihrem beruflichen Alltag möglich sein wird, das Fortbildungsprogramm anzuwenden?"

"Welche Voraussetzungen begünstigen Ihrer Meinung nach die Anwendung des Fortbildungsprogramms in Ihrem Tätigkeitsbereich?"

"Wo sehen sie Schwierigkeiten in der praktischen Anwendung?"

"Sehen Sie für sich persönlich Möglichkeiten, diese Schwierigkeiten zu überwinden?"

Die erste Frage konnte mit 'sehr gut', 'gut', 'nein' und 'gar nicht' beantwortet werden. Sechs Teilnehmer beurteilten die Anwendungsmöglichkeiten mit 'gut', ein Teilnehmer mit 'sehr gut bis gut' und zwei mit 'sehr gut'.

Als förderliche Voraussetzungen einer Anwendung der vermittelten Inhalte im Praxisalltag wurden eine für die Thematik offene Ärzteschaft und bereite Patientengemeinschaft sowie eine entsprechende Praxisorganisation gesehen.

Als Hauptschwierigkeiten für die Gesundheitsberatung wurden Zeitmangel und unzureichende Erfahrungen mit der Gesprächsführung genannt.

Diese Schwierigkeiten sahen vier Ärzte als überwindbar an; zwei hielten eine Überwindung für bedingt möglich. Nur ein Teilnehmer war der Meinung, es gäbe keine adäquaten Möglichkeiten. Zwei Teilnehmer enthielten sich einer Beurteilung.

Die offene Frage, ob eventuell wichtige Themenkomplexe innerhalb des Fortbildungsprogramms gefehlt hätten, wurde von vier Teilnehmern nicht beantwortet, was entsprechend dem Fragenteintrag als Ausgewogenheit zu werten ist. Drei Teilnehmern fehlte

die Darstellung bzw. Vermittlung von Möglichkeiten der täglichen praxisbezogenen Umsetzung. Hier muß wie an früherer Stelle angemerkt werden, daß das Seminar normalerweise als 2-tägiges Seminar durchgeführt wird. Die zeitliche Begrenzung bedingte auch eine inhaltliche Einengung.

Einem Teilnehmer fehlte die Thematik

- Umgang mit Aggressivität,
- einem anderen Teilnehmer die
- Gruppenberatung.

Im Zusammenhang mit der Einschätzung der Fortbildungsveranstaltung wurden die Fragen gestellt:

"Sind Ihre Erwartungen an die Fortbildung erfüllt worden?"

"Was hat Ihnen an der Fortbildung gut gefallen und was nicht?"

"Wenn Sie die Fortbildung insgesamt benoten müßten, welche Noten würden Sie geben?"

Bei vier Teilnehmern waren die Erwartungen an die Fortbildung voll erfüllt, bei einem Teilnehmer teilweise und bei vier Adressaten nicht. Als Grund für die negative Beurteilung wurde von zwei Teilnehmern die Zeitknappheit angegeben sowie ebenfalls von zwei Teilnehmern die zu geringe Hervorhebung des Zusammenhangs der Gesprächstechniken mit der Gesundheitsberatung.

Gefallen hatten den Teilnehmern insbesondere die Thematik und die daraus folgenden Denkanstöße, was auf ein Interesse an der Prävention schließen läßt.

Insgesamt wurde die Fortbildung sechsmal als 'gut', einmal als 'sehr gut', einmal als 'gut bis befriedigend' und einmal als 'befriedigend' bezeichnet.

Weiterhin wurde im Rahmen dieser Befragung ermittelt, inwieweit die Seminarteilnehmer die Thematik Gesundheitsberatung und Prävention für so wichtig erachteten, daß sie in der ärzt-

lichen Ausbildung sowie der Weiter- und Fortbildung stärker berücksichtigt werden sollte.

Einstimmig gaben alle an, sie würden eine stärkere Berücksichtigung in der Aus-, Weiter- und Fortbildung begrüßen.

Weniger positiv wurde die Fortbildung zunächst durch den Projektleiter der DHP in der Studienregion Stuttgart beurteilt. Obschon alle Projektleiter einstimmig das Studienhandbuch für die Kooperative Prävention verabschiedet hatten - alle erarbeiteten Materialien im Zusammenhang mit dem Arztprogramm waren allen Projektleitern zur kritischen Durchsicht und Stellungnahme zugeleitet worden - , teilte der Projektleiter in Stuttgart im März 1985 den mit der Fortbildung Beauftragten mit, es sei sein Eindruck bei der Veranstaltung gewesen, es handle sich um ein Angebot für die Verbesserung der Gesprächsführung, 'wie es heute mehrfach auf dem Markt ist'. Die Spezifizierung ihrer Anwendung auf die Gesundheitsberatung erscheine ihm nicht unbedingt zwingend oder vorteilhaft. Vielmehr schlug er vor, das Angebot des WIAD als Zusatzangebot für besonders interessierte Kollegen anzubieten.

Diese Einschätzung seitens des Projektleiters ist für die weitere Überlegung bezüglich der Verbesserung des Implementationserfolges insofern von Bedeutung, als sie die Wichtigkeit belegt, daß die Personen, die hinsichtlich der Programmimplementation die Außenkontakte zu wichtigen Institutionen, Organisationen und Personen herstellen, von den Zielen und Inhalten der zu implementierenden Programme überzeugt sein müssen. Ist dies nicht der Fall, ist, wie im vorliegenden Fall, mit geringeren Implementationschancen zu rechnen.¹⁾ Mit anderen Worten: Werden die Ziele der vertretenen Organisation von den Personen, die für die Außenkontakte zuständig sind, nicht adaptiert, so ist mit Loyalitätskonflikten zu rechnen, die die Chancen der vertretenen Organisation im Hinblick auf ihren Erfolg reduzieren.

1) Vgl. hierzu: Evan, W.M.: Toward a Theory of Interorganizational Relations, in: Management Science, a.a.O.

Für das WIAD sollte der verbleibende Beitrag im Rahmen des Arztprogramms auf Modellpraxen reduziert werden. Für die Mehrheit der niedergelassenen Ärzte hingegen sollte nach Meinung des Projektleiters, unter Berücksichtigung ihrer strukturellen Engpässe im Praxisablauf, ein vereinfachtes und besseres Angebot bereitgestellt werden¹⁾. Der Vorschlag des Projektleiters war, ein entsprechendes Angebot über die sozial- und arbeitsmedizinische Akademie zu verwirklichen. Er fügte hinzu, daß, für den Fall, das WIAD ziehe sein Angebot zurück, entsprechend freiwerdende Mittel einem 'sinnvolleren Einsatz' zugeführt werden sollten, nämlich der Angebotsentwicklung seitens der sozial- und arbeitsmedizinischen Akademie.

Zu diesem Zeitpunkt, und zwar noch vor dem Testlauf des WIAD-Programms, hatte der ständige Ausschuß bereits beschlossen, eine entsprechende Aufgabe durch die sozial- und arbeitsmedizinische Akademie durchführen zu lassen. Eventuell sollte, je nach Ergebnis dieser Prüfung, das WIAD-Konzept mit berücksichtigt werden.

Die positive Bewertung seitens der Teilnehmer zeigte deutlich, daß das Konzept des WIAD den Bedürfnissen der Ärzte, die Gesundheitsberatung durchführen wollen, entsprach. Daß der ständige Ausschuß ein eigenes Curriculum entwickeln wollte, ist

1) Hier ist anzumerken, daß von Anfang an immer wieder betont wurde, und zwar ausgehend von der Situation, den Möglichkeiten und Grenzen der Gesundheitsberatung in der ärztlichen Praxis, daß den niedergelassenen Ärzten zum einen Gesprächstechniken vermittelt werden sollten, und zwar in Rollenspielen, Videodemonstrationen etc., daß darüber hinaus zum anderen eine Einführung in die Risikoproblematik über das Heimstudium von entsprechenden Materialien erfolgen sollte, wobei das so angeeignete Wissen in das Seminar eingebracht werden sollte. Gerade wegen der strukturellen Engpässe wurde es für sinnvoll gehalten, diesen Weg einschließlich der Vermittlung der Gesprächstechniken zu wählen, da ihre Beherrschung die Beratung effizienter macht und, langfristig gesehen, beim einzelnen den Aufwand minimiert. Zur Arbeitserleichterung wurde im Konzept der DHP von Anbeginn an vorgesehen, die Arzthelferin mit einzubeziehen und ihr hierüber einen Stellenwert in der Gesundheitsberatung einzuräumen. (Im Rahmen der Kooperativen Prävention wird über die GESOMED, Freiburg, ein Fortbildungsprogramm für Arzthelferinnen angeboten.)

angesichts der Bedürfnisse der Ärzteschaft, dem darauf abgestimmten Seminar sowie dessen Beurteilung in einem Testlauf unverständlich. Die Vorgehensweise ist allein unter der Furcht des ständigen Ausschusses zu erklären, die ärztliche Fortbildung werde dem Einflußbereich der ärztlichen Selbstverwaltung entzogen. Allerdings sprechen gegen diese Furcht die Gepflogenheiten in der Praxis der ärztlichen Fortbildung, wo es Usus ist, diese durch Pharma- oder sonstige Industrie anbieten zu lassen. Von daher ist hier offensichtlich der finanzielle Aspekt von Bedeutung und zwar in dem Sinne, für die Kooperative Prävention bereitgestellte Mittel der Ärzteschaft direkt zugänglich zu machen.

Dieser eher negative Bescheid aufgrund der Aktivitäten im Rahmen der Mesoimplementation führte im WIAD zunächst dazu, daß vorerst keine Fortbildungsveranstaltungen durchgeführt wurden, zumal seitens des Projektleiters signalisiert wurde, die Ärzteschaft, hier der ständige Ausschuß, wünsche vorerst keine Seminardurchführung. Auf der anderen Seite konnten jedoch aufgrund der durch die Förderung festgelegten Mittelverwendung auch der Akademie keine Gelder zur vorgeschlagenen Angebotsentwicklung zur Verfügung gestellt werden.

Erst Mitte 1986 entschied sich der ständige Ausschuß dafür, Gesprächstechniken zum Gegenstand der Fortbildung zu machen. Allerdings sollte nicht das vom WIAD entwickelte und zwischenzeitlich in Berlin relativ erfolgreich durchgeführte Programm (vgl. Kapitel 5.2.2.) eingesetzt werden, vielmehr wurde in der Region angestrebt, das Programm des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung zu übernehmen, ein Programm, das inhaltlich mit dem WIAD-Programm korrespondiert. Das Programm fand seitens der Ärzteschaft jedoch keine Nachfrage. Von daher liegt die Annahme nahe, daß, trotz des Anspruches der Ärzteschaft, für die Prävention zuständig zu sein und trotz der diesbezüglich fehlenden Kompetenz, bei einem Teil der Ärzteschaft keine Bereitschaft besteht, sich adäquat fortzubilden.

Daß auf der anderen Seite das ZI-Programm in seinen Modellregionen Anklang bei der Ärzteschaft fand, kann somit darauf zu-

rückgeführt werden, daß dort als Anreiz die Honorierung¹⁾ der Leistung diente, die in Stuttgart mit den Kassen nicht ausgehandelt werden konnte. Für die Prävention in der Praxis bedeutet dies, daß solange keine effektive Gesundheitsberatung durchgeführt werden wird, solange keine adäquate Honorierung erfolgt; eine präventionsbezogene Angebotsverbesserung, die auch nach Ansicht der ärztlichen Interessenvertreter notwendig ist, wird jedoch für andere Berufsgruppen durch die Angriffe der Ärzteschaft blockiert, so daß die Vermutung naheliegt, daß die Ärzteschaft durch ihre Strategie letztlich eine Einkommensverbesserung auf Kosten der Patienten 'erstreiken' will.

Zusammenfassend kann für die Studienregion Stuttgart festgehalten werden, daß es hier nicht gelang, das ärztliche Fortbildungsprogramm der Kooperativen Prävention zu implementieren, obschon es bei den Seminarteilnehmern, hier Angestellte des Gesundheitsamtes, große Resonanz fand. Die Tatsache, daß die Ärzteschaft die Fortbildung als ihre eigene Zuständigkeit betrachtet und dies in ein Programm umzusetzen suchte, ist allerdings unter der Zielsetzung der Studie und hier insbesondere des WIAD-Programms, nämlich der Verankerung eines Fortbildungsprogramms, das die Fähigkeiten zur effektiven Gesundheitsberatung vermittelt, positiv zu bewerten, selbst wenn das Programm einer anderen Institution Eingang finden sollte. Daß dies letztlich nicht gelang, ist mit großer Wahrscheinlichkeit auf die oben angedeuteten finanziellen Interessen der niedergelassenen Ärzte zurückzuführen. Die Tatsache, daß die Vertreter der Ärzteschaft versuchten, ein eigenes Programm zu implementieren, widerspricht dieser Strategie nur scheinbar, da auch hier eindeutig das Interesse verfolgt wurde zu dokumentieren, daß die Ärzteschaft allein in der Lage ist, die Prävention als Handlungsfeld zu definieren, was sich aufgrund des dahinterstehenden Motivs, der Ausklammerung anderer Institutionen aus dem Bereich, letztlich auch auf die Einkommens-

1) In den Modellregionen wurden die Ärzte im Rahmen der Umsetzung des ZI-Programms honoriert.

struktur niederschlägt. Von den Vertretern der Kommunalen Prävention wurde hinsichtlich der Honorierung so argumentiert, daß erst der nachgewiesene Effekt von Maßnahmen Grundlage für eine entsprechende Änderung in der Gebührenordnung sein könne.¹⁾ Eine solche langfristige Zielsetzung ist jedoch für den einzelnen Arzt als 'Kleinunternehmer' mit ständigem Konkurrenzdruck und für den eher 'apolitischen' Arzt kaum nachvollziehbar.

5.2.2. Akzeptanz des Teilprogramms für Ärzte in Berlin

Positiver gestaltete sich die Implementation des Programmteils für Ärzte in Berlin-Spandau.

Als sich hier abzeichnete, daß ein Abkommen zwischen der Berliner Ärztekammer und dem ansässigen Institut der DHP vor der Unterzeichnung stand, wurden in Spandau niedergelassene Ärzte angesprochen und zur Teilnahme am Seminar motiviert. Nach schriftlicher Fixierung der Vereinbarung erfolgte dann mit der Akademie für ärztliche Fortbildung eine Absprache hinsichtlich der Verankerung des Seminars bei ihrer Institution. Die Akademie behielt²⁾ sich vor, das Angebot vor einer Implementation über teilnehmende Beobachtung zu prüfen und dann eine Entscheidung zu treffen. An dieser Stelle muß erwähnt werden, daß die Akademie eine Testung allein im Hinblick auf eine Übernahme forderte. Die Testung bezog sich nicht auf eine Genehmigung dahingehend, das Seminar überhaupt durchzuführen. Mit anderen Worten: Die Akademie tolerierte grundsätzlich die Fortbildungsveranstaltung. Für eine Integration in das akademieeigene Programm wurde jedoch eine Prüfung als Bedingung vorausgesetzt. Diese Strategie unterschied sich somit erheblich von der Vorgehensweise in Stuttgart, wo die Testung des Seminars allgemein über die Durchführung entschied. Die Akademie er-

1) Dieses Argument wurde im übrigen auch immer von den Vertretern des WIAD genannt, wenn in den Regionen über das Abrechnungsproblem diskutiert wurde.

2) Die seitens der Akademie benannte Ansprechpartnerin war Mitglied in dem Arbeitskreis Gesundheit.

klärte sich darüber hinaus vor einer Übernahme bereit, vorerst im Berliner Ärzteblatt die Fortbildungsseminare anzukündigen. Neben diesen Ankündigungen wurden alle Spandauer Ärzte vor jedem Seminar persönlich seitens des hier ansässigen Instituts angeschrieben und über das Seminar informiert.

Von den zweihundert in Spandau niedergelassenen Ärzten der Primärversorgung meldeten sich trotz der doppelten und in vielen Fällen drei- und vierfachen Ansprache für die ersten drei Seminare insgesamt vierundzwanzig Teilnehmer. - Die Seminare waren auf jeweils acht Teilnehmer begrenzt. - Von den vierundzwanzig angemeldeten Ärzten nahmen dann tatsächlich nur neunzehn teil, wobei es sich allein bei sechs Teilnehmern um niedergelassene Ärzte handelte. Die übrigen Teilnehmer waren 'PJ-ler' oder aber Absolventen des praktischen Jahres, die zur Zeit ohne Weiterbildungsstelle waren. Die hier nur knapp wiedergegebene Teilnehmerstruktur zeigt deutlich, daß kein großes Interesse hinsichtlich des Fortbildungsangebotes bei der eigentlichen Zielpopulation existierte. Wiederholt wurde als Begründung für die Ablehnung einer Seminarteilnahme angegeben, daß diesbezüglich kein Bedarf bestehe; man habe bisher schon immer die Patienten beraten und beherrsche das ärztliche Gespräch. Diese Aussagen und die geringe Seminarnachfrage unterstreichen die in der These auch zum Ausdruck kommende Einstellung, grundsätzlich alles, was den Patienten angeht, zu beherrschen.

Die Seminare wurden insgesamt sehr positiv beurteilt. Mit dem zeitlichen Ablauf waren, im Gegensatz zu den Teilnehmern in Stuttgart, bis auf eine Ausnahme, alle einverstanden. Allerdings wurden die Seminare auch programmgemäß, d.h. jeweils an zwei Tagen durchgeführt, so daß die doppelte Zeit wie in Stuttgart zur Verfügung stand. Von daher sind die Ergebnisse nicht vergleichbar.¹⁾

¹⁾ Ein weiterer Grund für mangelnde Vergleichbarkeit liegt in der Unterschiedlichkeit der Teilnehmerstruktur.

Wie in Stuttgart bestand hinsichtlich der Ausbildung der Fortbilder die einhellige Meinung, daß die Fortbildung durch Mediziner nicht präferiert werde.

Die Frage nach Beurteilung der Seminar- und Heimstudienmaterialien ergab, daß vier Teilnehmer die Unterlagen nicht kannten. Von den übrigen fünfzehn Teilnehmern gaben drei an, sie nicht gelesen zu haben, sechs gaben keine Beurteilung ab. Von den verbleibenden sechs Teilnehmern wertete ein Teilnehmer:

- nicht so wichtig.

Die übrigen Antworten waren:

- gut,
- einprägsam,
- übersichtlich,
- gute Hilfe für die Praxis.

Bezogen auf die Anwendung des Erlernten im beruflichen Alltag gaben sechs Teilnehmer an, sie glaubten, es wäre ihnen sehr gut möglich, das Programm im beruflichen Alltag anzuwenden, elf Teilnehmer beantworteten die Frage mit 'gut', einer mit 'weder noch' und ein Teilnehmer machte keine Angabe.

Obschon die Möglichkeiten der Einbindung des Seminars in die berufliche Praxis sehr positiv gesehen wurden, thematisierten die Teilnehmer dennoch Schwierigkeiten für eine Umsetzung.

Während bei den Teilnehmern in Stuttgart allein der Zeitfaktor und die mangelnde bisherige Erfahrung mit der Gesprächsführung genannt wurden, waren die diesbezüglichen Nennungen in Berlin umfangreicher, was hauptsächlich auf die Teilnehmerstruktur und das hiermit zusammenhängende unterschiedliche 'Arbeitsfeld' zurückzuführen ist.

Aus den unterschiedlichen Antworten lassen sich die Probleme in drei Bereiche einordnen:

- Organisation der Praxis (Zeitfaktor, ungeeignete Umgebung);
- Person des Beraters (eigene Persönlichkeit, Rückfall in alte

Gesprächstechniken, mangelnde 'Autorität' gegenüber dem Patienten, Erfolgszwang);

- Person des Patienten (gibt keine Response, erwartet 'alten' Arzt).

Von denjenigen, die die Schwierigkeiten hauptsächlich im Organisatorischen verorteten, sahen nur zwei Teilnehmer die Schwierigkeiten als nicht überwindbar an, einer war unschlüssig, während die übrigen Teilnehmer angaben, Möglichkeiten zur Überwindung der genannten Schwierigkeiten zu sehen. Bezogen auf die Person des Beraters sah nur ein Teilnehmer die Schwierigkeiten als unüberwindbar an, die übrigen sahen diesbezüglich positive Chancen. Hinsichtlich der Person des Patienten war das Ergebnis ähnlich: Nur ein Teilnehmer sah keine Möglichkeiten zur Überwindung der Schwierigkeiten, wobei festzuhalten ist, daß dieser Teilnehmer Schwierigkeiten sowohl in der Person des Patienten als auch in der Person des Arztes sah, die er in beiden Fällen als unüberwindbar ansah.

Bezogen auf die Frage, welche Themenkomplexe nach Meinung der Teilnehmer in der Fortbildung gefehlt hätten, machten neun Teilnehmer keine Angaben, was, dem Fragenkontext entsprechend, so zu werten ist, als seien alle für die Teilnehmer relevanten Komplexe enthalten. Zwei Teilnehmer drückten dies aus, indem sie explizit schrieben, es hätten keine Themenkomplexe gefehlt.

Bei den übrigen Statements handelte es sich um die Mehrfachnennung von Wünschen nach

- Einbau der Gesprächstechniken in den Praxisalltag,
- Eingehen auf die Arzt-Patienten-Beziehung,
- Berücksichtigung von Haltung und Mimik.

Weitere Auskunft über die Akzeptanz des Seminars gab die Frage: "Sind Ihre Erwartungen an diese Fortbildung erfüllt worden?"

Siebzehn Teilnehmer gaben an, ihre Erwartungen seien erfüllt worden, ein Teilnehmer machte diesbezüglich keine Angabe und ein Teilnehmer stellte fest, seine Erwartungen seien nicht erfüllt worden. Als Grund wurde angegeben: "Weil ich gar keine (Erwartungen) hatte, außer unbehagliche".

Zu dieser Antwort sei hinzugefügt, daß gerade dieser Teilnehmer der DHP gegenüber anfangs sehr negativ eingestellt war. Über eine persönliche Kontaktaufnahme war es gelungen, ihn zur Teilnahme am Fortbildungsseminar zu bewegen, wobei von Anfang an davon ausgegangen wurde, daß die Teilnahme auch Schwierigkeiten in der Seminardurchführung mit sich bringen könnte. Das Ergebnis jedoch zeigte, daß diese Entscheidung richtig war, zumal dieser Teilnehmer anschließend sehr positive Artikel über das Seminar veröffentlichte.

Bei der Beantwortung der offenen Fragen, welche Aspekte des Seminars besonders gut gefallen hätten, konnten folgende Antwortkategorien ermittelt werden:

- Seminarinhalte (gute Information, praktische Ausrichtung);
- methodisches Vorgehen (Videokontrolle sehr gut, Struktur des Seminars klar, gute didaktische Führung);
- persönliche Erfahrung (Erweiterung eigener Verhaltensmuster, Erkennen eingefahrener Muster);
- äußere Bedingungen (geringe Teilnehmerzahl und daraus resultierend aktive, intensive Mitarbeit, gute Gruppenzusammensetzung);
- allgemeine positive Bewertung (repressionsfreie Atmosphäre, etwas Neues).

Die Kritik am Seminar richtete sich insbesondere auf das methodische Vorgehen. Dabei stand im Vordergrund die Klage über die Kompaktheit, was mit der kurzen Seminardauer von zwei Tagen¹⁾ zusammenhängt.

¹⁾ Es sei noch einmal angemerkt, daß trotz dieser Kritik der zeitliche Verlauf des Seminars von 18 Teilnehmern akzeptiert wurde.

Bei der Bitte um eine globale Bewertung des Seminars gemäß des Schulnotensystems vergaben neun Teilnehmer des Seminars die Note 'gut' und zehn die Note 'sehr gut'.

Für eine stärkere Verankerung der Themen Gesundheitsberatung und Prävention in der Ausbildung sprachen sich siebzehn Teilnehmer aus. Zwei machten keine Angabe.

Für ihre Verankerung in der Weiter- und Fortbildung waren alle Teilnehmer.

Nach dem dritten Seminar fand ein abschließendes Gespräch mit der Akademie statt, bei dem die Implementation ausdrücklich thematisiert wurde. Es konnte aufgrund der positiven Seminarergebnisse erreicht werden, daß die Seminare voll in das Angebot der Akademie integriert wurden; allerdings muß die Finanzierung über die Studie sichergestellt werden.

Wie bereits eingangs betont, unterstreichen die Schwierigkeiten in der Motivierung der Ärzte zur Seminarteilnahme sowie die Gründe für die Ablehnung die bestehende Selbsteinschätzung, kompetenter Ansprechpartner in allen Fragen die Gesundheit betreffend zu sein. Obschon tagtäglich in vielen Praxen festgestellt werden muß, daß sich das Risikobewußtsein trotz 'Beratung' nicht ändert, wird nicht der Schluß gezogen, daß eine Ursache in der Person des Beraters liegt, d.h. entweder in den mangelhaften pädagogischen/didaktischen Voraussetzungen oder aber in der Inkompetenz bezogen auf den im konkreten Fall vorliegenden Bedarf. Das Scheitern wird häufig der Person des Patienten angelastet, der nicht 'stark' genug ist, sich zu ändern. Hiermit entlastet sich der Arzt davon, den eigentlichen Gründen nachzugehen und sich seiner eventuell wahren Motive für die Ablehnung einer Seminarteilnahme bewußt zu werden, nämlich der fehlenden Honorierung ärztlicher Gesundheitsberatung.

Die positive Resonanz des Seminars bei den Teilnehmern kam neben dem Befragungsergebnis auch in einem Bericht eines Teilnehmers in einem Organ der Ärztekammer zum Ausdruck, wo es

hieß: "Der Erwartungshorizont der Teilnehmer war nicht hoch gespannt: Was kann schon von der SINAG¹⁾, was von der DHP kommen? - Was können schon Psychologen erfahrenen Ärzten bieten? Es waren unberechtigte Hochmüteleien, wie sich rasch zeigen sollte".²⁾ Die hierin zum Ausdruck kommende Akzeptanz gegenüber dem Programm drückt aber auch die generell ablehnende Haltung gegenüber der Kooperativen Prävention (trotz Vereinbarung) aus, was insbesondere in der Einleitung ausgeführt wird: "Zur Deutschen Herzkreislauf-Präventionsstudie mag einer stehen wie er will - sie als Wegmarke in eine bessere, gesundheitsbewußtere Zukunft der Gesellschaft sehen, oder als 60-Millionenspinnerei mit dem Ziel des Gesundheitsüberwachungsstaates, als Nonplusultra der Sozial- und Gesundheitspolitik oder als unwissenschaftliche Geschäftshuberei esoterischer Soziologen - unstreitig: am Rande zumindest gebiert sie Positives, hier: das Seminar zur 'Personenzentrierten Gesprächsführung'." ³⁾

5.2.3. Akzeptanz des Teilprogramms für Ärzte im Kreis Traunstein

Sehr schwierig gestaltete sich zunächst die Kontaktaufnahme zur Traunsteiner Ärzteschaft, was vor allem vor dem Hintergrund der Ablehnung der Kooperativen Prävention durch den Präsidenten der Landesärztekammer zu sehen ist.

Wiederholt wurde versucht, den Kreisvereinsvorsitzenden zu motivieren, eine Fortbildungsveranstaltung im Rahmen seines Kreisvereins zu akzeptieren. Sicherlich hätte man auch versuchen können, seitens des dort ansässigen Instituts oder aber seitens des Anbieters bzw. Programmentwicklers die Ärzte un-

1) SINAG, Institut für angewandte Gesundheitsforschung e.V. Berlin-Spandau, ist die Bezeichnung für das in Berlin-Spandau ansässige Studienzentrum.

2) Hermann, H.: Personenzentrierte Gesprächsführung im Rahmen der Gesundheitsberatung, in: DBÄ 6/1986, S. 282

3) ebenda

mittelbar zu der Veranstaltung einzuladen. Da jedoch die Zuständigkeit für die Fortbildung bei den Kammern liegt und diese die Aufgabe entweder den Akademien oder aber den Kreisvereinen übertragen haben, wäre eine Nichtbeachtung dieser Strukturen unter dem Aspekt der langfristigen Verankerung ein Fehler gewesen, der aufgrund der bestehenden Spannungen sicherlich nicht mehr so leicht hätte behoben werden können. Im Übrigen war es ausdrücklicher Wunsch des ansässigen Studienzentrums, nichts zu unternehmen, was die organisierte Ärzteschaft negativ hätte beeinflussen können.

Erst als ein Wechsel im Amt des Kreisvereinsvorsitzenden stattfand, konnte die Bereitschaft zur Unterstützung des Teilprogramms für Ärzte festgestellt werden.

Ein zunächst festgelegter Fortbildungstermin mußte allerdings wieder verschoben werden, da trotz Fixierung des Termins seitens des Fortbildungsreferenten zeitgleich eine andere Veranstaltung angesetzt wurde, so daß eine Durchführung des Seminars mangels Teilnehmer nicht möglich war.

Die Information über die Seminarinhalte und Motivation zur Teilnahme wurde vom Kreisvereinsvorsitzenden selbst auf dessen eigenen Wunsch hin übernommen. Allerdings gelang es ihm nicht, so viele Ärzte zu gewinnen, daß das Seminar voll besetzt gewesen wäre, was für die genannte Selbsteinschätzung der niedergelassenen Ärzte spricht.

Insgesamt nahmen sechs Teilnehmer an dem Seminar teil. Von diesen Teilnehmern waren drei mit Funktionen im ärztlichen Kreisverein betraute niedergelassene Ärzte, nämlich der 1. Vorsitzende selbst, sein Stellvertreter sowie der Fortbildungsreferent, was darauf hindeutet, daß das Konzept einer Prüfung unterzogen wurde.

Von den drei übrigen Ärzten waren zwei als niedergelassene Ärzte im Kreis Traunstein tätig. Der dritte Teilnehmer war Kreisvereinsvorsitzender in Bremen. Er war seitens des WIAD

eingeladen worden, um das Programm hinsichtlich seines Einsatzes in Bremen zu überprüfen.

Im folgenden werden die Antworten des Teilnehmers aus Bremen sowie der Teilnehmer aus Traunstein ohne Zuordnung dargestellt.

Gleich zum Seminarbeginn teilte der 1. Kreisvereinsvorsitzende mit, es sei der Wunsch mehrerer Teilnehmer, das Seminar nur eintägig durchzuführen. Es wurde beschlossen, eine endgültige Entscheidung erst am Ende des ersten Seminartages zu fällen. Da sich bereits in der Mittagspause abzeichnete, daß eine Verlängerung auf zwei Tage seitens der Vertreter des Kreisvereins nicht gewünscht werden würde, wurde das Programm gerafft durchgeführt. Allerdings führte eine rege Beteiligung dazu, daß das Ende immer weiter hinausgeschoben wurde.

Als Fazit wurde im Fragebogen von drei Teilnehmern ausgesagt, sie wären mit dem zeitlichen Ablauf nicht zufrieden gewesen. Von den übrigen Teilnehmern, die feststellten, mit dem zeitlichen Ablauf einverstanden gewesen zu sein, äußerte jedoch ein Teilnehmer, daß es notwendig sei, das Programm an einem weiteren Samstag oder aber Sonntag fortzuführen. In einer mündlichen Begründung stellte er für sich fest, daß er aufgrund von familiären Verpflichtungen eher an zwei Wochenenden einen Tag als an einem Wochenende zwei Tage für Fortbildung reservieren könnte.

Hinsichtlich der Profession der Fortbilder sprach sich nur ein Teilnehmer für eine Präferenzierung von Medizinern aus.

Zu den Begleitmaterialien machten drei Teilnehmer keine bewertenden Angaben; zwei stellten fest, sie nicht zu kennen und ein Teilnehmer bezeichnete sie als gut.

Die Frage: "Glauben Sie, daß es Ihnen in Ihrem beruflichen Alltag möglich sein wird, das Fortbildungsprogramm anzuwenden?" wurde von einem Teilnehmer mit 'sehr gut', vier Teilnehmern mit 'gut' und einem Teilnehmer mit 'nein' beantwortet.

Die Hauptschwierigkeiten der praktischen Anwendung wurden, ähnlich wie in Berlin, in den drei Bereichen

- Organisation der Praxis (Zeitfaktor),
- Person des Beraters (mangelnde Übung, eventuelle Unerfahrenheit),
- Person des Patienten (Heterogenität der zu Beratenden)

gesehen.

Von den fünf Teilnehmern, die Schwierigkeiten benannten, hielten alle diese für überwindbar, wobei jedoch ein Teilnehmer die Antwort mit 'nur teilweise' einschränkte.

Die Frage, ob und welche Themenkomplexe gefehlt hätten, wurde von vier Teilnehmern nicht beantwortet, was als Einverständnis mit der Themenwahl zu werten ist. Den übrigen beiden Teilnehmern hatten folgende Themenkomplexe gefehlt:

- Selbsterfahrung,
- Kombination von Gespräch und medikamentöser Therapie,
- Darstellung verschiedener Gesprächstechniken.

Die Nennung des Themenkomplexes 'Kombination von Gespräch und medikamentöser Therapie' im Rahmen eines Seminars, das der Durchführung von Gesundheitsberatung dient, zeigt ganz deutlich den Stellenwert von Prävention bei vielen Ärzten; sie zeigt, daß ein Teil der Ärzte die Kuration im Vordergrund ihres ärztlichen Handelns sieht und der Prävention nur einen geringen Stellenwert einräumt.

Die Erwartungen an das Seminar waren bei drei Teilnehmern erfüllt, bei einem Teilnehmer teilweise und bei einem Teilnehmer nicht. Letzterer gab als Begründung an, daß seitens der Teilnehmer ein 'Kooperationsmangel' hinsichtlich der Erarbeitung der Seminarinhalte vorgelegen habe, was er als störend empfunden habe. Ein Teilnehmer konnte keine Aussage machen, da er 'ohne vorgefaßte Meinung' gekommen war.

Bei der Beantwortung der Frage nach den Aspekten, die besonders gut gefallen hatten, konnten folgende Antwortkategorien ermittelt werden:

- Seminarinhalte (gutes Konzept);
- methodisches Vorgehen (systematischer Aufbau, Anwendung des 'Widerspiegeln' sehr gut);
- äußere Bedingungen (kleine Gruppe sinnvoll).

Während in den übrigen Seminaren als Mangel hauptsächlich der Zeitfaktor genannt wurde, kam in Traunstein umfangreichere Kritik, die wiederum in die Bereiche zu untergliedern ist:

- Seminarinhalte (ein gewisses Festbeißen an einer einzigen Gesprächstechnik);
- methodisches Vorgehen (Fehlen von Videobeispielen zu Beginn des Seminars; kurzer, blockartiger Aufbau);
- äußere Bedingungen (Zeitdauer, viele Formulare (hiermit ist der Fragebogen gemeint)).

Insgesamt wurde das Seminar drei mal mit 'gut' und zwei mal mit 'befriedigend' bewertet. Ein Teilnehmer machte keine Angaben.

Für eine stärkere Verankerung der Themen Gesundheitsberatung und Prävention sowohl in der Aus- als auch in der Weiter- und Fortbildung sprachen sich vier Teilnehmer aus. Ein Teilnehmer hielt eine Verankerung in der Ausbildung für notwendig, nicht jedoch in der Weiter- und Fortbildung, und ein Teilnehmer sprach sich insgesamt gegen die Notwendigkeit der stärkeren Verankerung aus.

Obschon die Bewertung des Seminars den Begleitumständen in der Studienregion gemäß als durchaus positiv zu bezeichnen ist, wurde später mitgeteilt, daß weitere Seminare nicht gewünscht würden. Als Grund wurde angegeben, daß die Ärzte eine Vermittlung von Gesprächstechniken nicht nötig hätten. Darüber hinaus

wurde moniert, daß die Fortbildung durch Psychologen vermittelt werde, denen die ärztliche Praxiserfahrung fehle.

Auf die Frage, ob ein Anbieten des Seminars ohne Trägerschaft des Kreisvereins möglich sei, wurde abweisend geantwortet, womit vorerst die Implementation als gescheitert gelten muß.

Das Procedere hinsichtlich der Implementation unterstützt wiederum die eingangs aufgestellte These und verdeutlicht die ablehnende Haltung gegenüber der Kooperativen Prävention. Die Tatsache, daß ein Programm, das im Fragebogenergebnis relativ positiv abschneidet, dennoch nicht eingesetzt wird, obschon ein Bedarf da sein müßte, kann im vorliegenden Fall zum einen aus der Ablehnung der Kooperativen Prävention mit den bekannten Argumenten seitens der bayerischen Ärzteschaft begründet werden, zum anderen jedoch aus einer gewissen Ignoranz der Ärzteschaft bzgl. ihrer Kompetenzen.

Aufgrund der Erfahrungen bei der Implementation in Traunstein wurde die folgende These abgeleitet: Je mehr das Individuum in ein kommunikatives Netzwerk eingebunden ist, umso eher wird es normentsprechenden Innovationen zustimmen und nicht-normentsprechende Innovationen ablehnen. Ist das Individuum hingegen nur marginal oder überhaupt nicht in das Netzwerk eingebunden, ist die Wahrscheinlichkeit, daß es nicht-normentsprechende Programme adaptiert, höher als bei Individuen, die voll in das Netzwerk integriert sind.

In ähnlichem Zusammenhang betonen Rogers und Kincaid: "One kind of evidence for the importance of network variables in explaining human behaviour change comes from certain researches on the diffusion of innovations. The uncertainty that surrounds the evaluation of a new idea by an individual means that the individual's perception of the innovation is influenced not only by the concrete, material aspects of the innovation but also by the individual's peers, especially if they have already adopted the new idea."¹⁾ Sie verweisen weiter auf

¹⁾ Rogers, E.M., Kincaid, D.L.: Communication Networks, toward a new Paradigm for Research, New York 1981, S. 228

die Erfahrungen von Coleman u.a.¹⁾, wonach Ärzte mit einem größeren (ärztlichen) Kontaktkreis ("that is, the doctors with higher individual connectedness") Innovationen gegenüber eher aufgeschlossen sind.

Eine Generalisierung bis hin zur Aussage, daß die Größe des individuellen Bekanntenkreises/Kontaktkreises positiv mit der Innovationsbereitschaft in Bezug zu setzen ist, bedarf allerdings einer genauen Beschreibung des zu implementierenden neuen Programms. Handelt es sich bei der Maßnahme um eine solche, die mit den Normen der Feldstruktur kompatibel ist, gilt die obige Generalisierung, da die meisten Informationen hinsichtlich der Innovation positiv sein werden (normative Innovation).

Steht hingegen die Innovation den Normen des Systems entgegen, und sind die interpersonellen Informationen innerhalb des Bekanntenkreises eher negativ, ist davon auszugehen, daß "individual connectedness should be negatively related to innovativeness."²⁾ In diesem Fall wären sogar die weniger in gesellschaftliche Systeme Involvierten eher den Innovationen gegenüber aufgeschlossen, da sie weniger Information über das Konfliktpotential besitzen.

Hierfür spricht die Entwicklung in Traunstein. Die Vorbereitung der Implementation des Programmtells für Ärzte konnte erst in dem Moment geschehen, als der Kreisvereinsvorsitzende wechselte. Der Nachfolger war bis zu diesem Zeitpunkt in keiner Weise als Funktionär tätig. In das kommunikative Netzwerk, insbesondere bezogen auf die Kooperative Prävention, war er kaum engagiert eingebunden. Von daher war er eingangs dem

1) Rogers, E.M.; Kincaid, D.L.: Communication Networks, toward a new Paradigm for Research, a.a.O.; S. 228

2) ebenda, S. 229

'nicht-normentsprechenden'¹⁾ Programm gegenüber aufgeschlossen. Allerdings konnte mit Verweildauer im Amt auch eine Verhaltensänderung dergestalt festgestellt werden, daß mehr und mehr die 'Politik der Landesärztekammer' anstelle der persönlichen Einstellung als Maßstab herangezogen wurde, was schließlich zu einer Ablehnung des Programms führte. Diese Reaktion ist hauptsächlich vor dem Aspekt der Wiederaufstellung zur nächsten Wahl, die abhängig ist von der 'erfolgreichen' Interessenvertretung im Sinne der Ärzteschaft, zu erklären.

5.2.4. Akzeptanz des Teilprogramms für Ärzte in Bremen

Aufgrund seines positiven Eindrucks bzgl. des in Traunstein stattgefundenen Seminars, versuchte der Teilnehmer aus Bremen in seiner Funktion als Kreisvereinsvorsitzender hier ein entsprechendes Seminar durchzuführen, nachdem seitens der Studie eine Durchführung mangels Nachfrage gescheitert war.

Ausgehend von der Tatsache, daß in Traunstein ein wesentlicher Hemmschuh für die Akzeptanz des Seminars die Zugehörigkeit zur Kooperativen Prävention gewesen war, stellte er das Seminar in Bremen ohne diesen Bezug vor. Jedoch blieb eine Resonanz, auch unter Zugrundelegung dieser Strategie, aus.

Als Gründe für die Ablehnung wurden hier wieder genannt: "Können wir bereits", "Schulung unnötig, da wir das Gespräch beherrschen", "jahrelange Erfahrung ist besser als Schulung" ... Diese Einstellung bestätigt letztendlich wieder die These, vor allem im Vergleich mit einer Analyse des tatsächlichen Risikoverhaltens der Patienten.

5.2.5. Zusammenfassung

Während in drei Regionen eine Durchführung bzw. Implementation des Programmteils für Ärzte abgelehnt wurde, konnte es in ei-

¹⁾ 'Nicht-normenentsprechend' bedeutet hier: nicht akzeptiert von der bestehenden Implementationsstruktur.

ner Region bei dem für Fortbildung zuständigen Träger verantwortet werden. In einer der drei Regionen, in denen das Programm für Ärzte der Kooperativen Prävention nicht akzeptiert wurde, versuchte die Ärzteschaft ein kompatibles Programm in eigener Regie anzubieten, was allerdings an der geringen Nachfrage seitens der niedergelassenen Ärzte der Primärversorgung scheiterte. In den beiden anderen Regionen waren es einmal die organisierte Ärzteschaft, die das Programm ablehnte, und einmal die niedergelassenen Ärzte selbst aufgrund mangelnder Nachfrage.

Somit kann für eine Region die paradoxe Situation festgestellt werden, daß trotz der Reklamierung der Prävention seitens der ärztlichen Organisationen als Aufgabe der Ärzteschaft und trotz der festgestellten mangelnden Kompetenz, effektive ärztliche Gesundheitsberatung durchführen zu können, keine Anstrengungen seitens der ärztlichen Funktionsträger unternommen wurden, dem propagierten Anspruch gerecht zu werden. Die Schwierigkeiten bei der Implementation in zwei weiteren Regionen waren auf die Ablehnung bzw. mangelnde Nachfrage seitens der niedergelassenen Ärzte selbst zurückzuführen. Inwieweit im ersten Fall bei Unterstützung durch den Kreisverein eine Implementation bei der niedergelassenen Ärzteschaft möglich gewesen wäre, kann hier nicht endgültig geklärt werden. Es ist jedoch aufgrund der Erfahrungen in Berlin, Bremen und Stuttgart zu vermuten, daß auch hier dem Angebot nur eine geringe Nachfrage gegenübergestanden hätte.

Im Vergleich mit dem Erfolg der Implementation des ZI-Programms kann die mangelnde Akzeptanz auf die fehlende ökonomische Anreizkomponente zurückgeführt werden, die im Rahmen der Kooperativen Prävention nicht gegeben war.

Bei den Vorbesprechungen hinsichtlich der Verankerung des Programms in der ärztlichen Fortbildung war von mehreren ärztlichen Funktionsträgern die Problematik der fehlenden Abrechnungsmöglichkeiten diskutiert worden. Daß der Hinweis, über den Nachweis des Erfolges ärztlicher Gesundheitsberatung in der Praxis die Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit einer Änderung

in den Abrechnungsmodalitäten zu dokumentieren, nicht zu einer Implementation beitrug, zeigt deutlich, daß es den Ärzten weniger um die effektive präventive Beratung als vielmehr um eine hiervon losgelöste Einkommensverbesserung geht. Die Tatsache, daß in den zwei Regionen, in denen ein Fortbildungsprogramm angeboten wurde - in einer Region ein dem Konzept des WIAD ähnliches Programm -, die diesbezügliche Nachfrage seitens der niedergelassenen Ärzteschaft sehr gering war bzw. einmal gar nicht vorhanden war, unterstützt diese Aussage und damit letztlich die eingangs aufgestellte Hypothese.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, daß eine Implementation des Programms der Kooperativen Prävention auf der Systemebene in einer Studienregion gelang, in einer weiteren Region erste Anzeichen durch die Unterstützung eines Kreisvereinsvorsitzenden feststellbar waren. Weiterhin kann die Implementation eines vergleichbaren Programms auf der Systemebene in einer dritten Region festgehalten werden, wobei dieses Vorgehen auf die Anstrengungen der Kooperativen Prävention, bzw. das Empfinden des Programms als Konkurrenz, zurückzuführen ist.

Eine Implementation auf der Ebene des Personalsystems kann jedoch nur für eine Region, und hier nur in ganz geringem Ausmaß, konstatiert werden. Da der sich in dieser Region abzeichnende Teilerfolg auch nur auf intensive Kontaktierung durch das Studienzentrum und des für die Fortbildung zuständigen Projektmitarbeiters basierte, ist eine stabile Verankerung des Programms nach Studienende fraglich, dies umso mehr, als sich bis heute keine Möglichkeiten für eine entsprechende Honorierung andeuten.

6. Ansatzpunkte für die Implementation gesundheitsbezogener Programme und Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse

Ausgehend von dem zentralen Fragenkomplex dieser Arbeit: "Was vollzieht sich (und warum) nach der Programmformulierung, vor seiner endgültigen Umsetzung bei der Zielbevölkerung, bei den Vertretern der Ärzteschaft sowie den niedergelassenen Ärzten selbst? Welche Einflüsse hat dieser Prozeß auf den Programmteil für Ärzte sowie das Gesamtprogramm? Stellt das zur Durchführung anstehende Programm noch eine zielgerichtete Problemlösung dar?" kann zunächst festgehalten werden, daß ein Großteil der Vertreter der Ärzteschaft die Studie generell ablehnte. Der Grund für die Ablehnung war nicht in einer geringen Einschätzung der Bedeutung der Prävention zu sehen, sondern in der Befürchtung, über die Kooperative Prävention würden neue Gesundheitsversorgungsstrukturen aufgebaut, die sich auf das Einkommen der niedergelassenen Arzt auswirken könnten.

Die Ärzteschaft bewertete gemäß ihren Äußerungen die Prävention sogar als wichtiges Handlungsfeld. Obschon jedoch die bestehenden Strukturen ein patientenorientiertes Angebot nicht leisteten - ansonsten hätte die Ärzteschaft in Baden-Württemberg nicht das Konzept der Kommunalen Prävention entwickelt - wurde zunächst in keiner Region, mit Ausnahme von Baden-Württemberg, ein Problemlösungsprogramm von der Ärzteschaft entwickelt. Die Kooperative Prävention wurde allerdings trotz der bestehenden Lücke strikt abgelehnt. Letzteres gilt insbesondere für die Zeit vor der Bewilligung. Somit war zunächst die Situation feststellbar, daß eine gesundheitspolitische Zielsetzung, die auf die Erfassung aller Gemeindemitglieder abzielte, aufgrund des Widerstandes der Ärzteschaft nicht verwirklicht werden konnte, obschon die Notwendigkeit evident war. Die eigentlichen Motive, die hinter der Ablehnung standen, wurden kaschiert, indem darauf hingewiesen wurde, die Studie sei nicht im Interesse der Patienten. Das tatsächliche Eigeninteresse der Ärzteschaft wurde jedoch in der verbalen Unterstützung des Ansatzes der Kommunalen Prävention als Gegenkonzept deutlich, in dem letztlich die Ärzteschaft aufgrund

ihrer Funktion in der Arbeitsgemeinschaft die von den Bürgern artikulierten Bedürfnisse erst einer Prüfung unterzieht und sich dadurch über die Wünsche der Bevölkerung setzt, die entsprechend ihrer Äußerungen doch im Mittelpunkt ihrer Handlungen steht, um hierüber das bestehende System in ihrer Kontrolle zu erhalten. Wie bereits angedeutet, wurde dieser Ansatz von der Ärzteschaft als Alternativkonzept zur Kooperativen Prävention in dem Moment hervorgehoben, als sich die Bedeutung der Kooperativen Prävention abzeichnete. Es wurde jedoch in den Studienregionen in keiner Weise in eigener Regie umgesetzt - mit Ausnahme von Baden-Württemberg - , so daß sich der Anspruch der Ärzteschaft, das Handlungsfeld der Prävention zu definieren und zu bestimmen, auf rein ökonomische Motive reduziert, wie im Rahmen der Arbeit dargestellt werden konnte, insbesondere durch den Vergleich mit dem Erfolg des ZI-Programms.

Die hier wiedergegebene Ablehnung, die in der fehlenden Kompatibilität der angestrebten Problemlösung im Rahmen des Programms der Kooperativen Prävention mit der von der Systemebene getragenen ökonomisch motivierten Politik zu suchen ist, und die dargestellten Auswirkungen verdeutlichen die nur geringe Veränderbarkeit der gesundheitspolitischen Landschaft. Dies ist auf die Macht der Ärzteorganisationen zurückzuführen, die zwar in ihrer Zusammensetzung aus vielen miteinander in Konkurrenz stehenden Einzelanbietern bestehen, jedoch insgesamt über das Monopol bzgl. des Angebots gesundheitlicher Leistungen verfügen. Gestützt wird diese Behauptung durch Ergebnisse der Interorganisationstheorie, wonach sich in bereits existierenden, tradierten Netzwerken - und um ein solches Netzwerk handelt es sich im Gesundheitssystem - oft eine Kultur oder Tradition eines interorganisatorischen Systems herausgebildet hat, die gegenüber Veränderungen mit bestimmten, oft standardisierten Entscheidungsmustern aus einer bestimmten Problemsicht heraus mit bestimmten Lösungsansätzen reagiert. Innovativen Programmen gegenüber ist ein solches Netzwerk sehr resistent, da diese Unsicherheitsängste hervorrufen und darüber

wieder zu einer Integration der Mitglieder in bestehenden Strukturen/Verbände führen.

So eng lange bestehende interorganisatorische Beziehungen binden und Basis erfolgreicher Kooperations- und Konfliktregelungstradition sind, so weit differenziert eine lange Konfliktgeschichte. Sie verhindert Kooperation und perpetuiert konfliktträges Verhalten, selbst ohne aktuelle Anlässe. So führte u.a. auch der lange schwebende Konflikt zwischen der Mannheimer Ärzteschaft und der in Baden-Württemberg ansässigen Studiengruppe zu dem dargestellten Verhalten. Implementations-theoretisch ließe sich von daher die folgende Anforderung an Programme formulieren: Durch neue Programme sollte nicht der Aufbau völlig neuer Interaktionssysteme erzwungen werden; sie sollten sich soweit wie möglich und gerechtfertigt auf bestehende stützen. Allerdings sei einschränkend darauf hingewiesen, daß der aktuelle Bedarf häufig die Nutzung existierender Strukturen unmöglich macht, soll ein wichtiges Ziel erreicht werden, und haben die bestehenden Strukturen sich bereits lange als hemmend erwiesen.

Die hier zusammengefaßte Beantwortung und Begründung der ersten Frage des aufgeführten Fragenkomplexes gilt hauptsächlich für die in das bestehende ärztliche Netzwerk integrierten Vertreter des Personal- und Sozialsystems, und zwar für die Zeit vor der Bewilligung.

Die Einflüsse, die aus dieser Haltung resultieren und auf das Programm einwirken, sind in den Regionen unterschiedlich. In Baden-Württemberg führten die Reaktionen der Ärzteschaft zu einer Verlagerung der Programmdurchführung von Mannheim/Weinheim nach Stuttgart. Es konnte hier festgestellt werden, daß aufgrund der Vereinbarung zwischen der Ärztekammer und der Projektleitung der Kooperativen Prävention in Stuttgart, die als Ergebnis einer Verhandlungssituation mit dem stimulierenden Charakter eines Nichtnullsummenspiels zu interpretieren ist, über den zentralen Stellenwert der Ärzteschaft im Rahmen der Programmumsetzung sich die Konzepte der Kommunalen und der

Kooperativen Prävention zugunsten der Kommunalen Prävention annäherten. Eine plausible Begründung hierfür bietet die Interorganisationstheorie mit dem Beitrag von Evan "Toward a Theory of Interorganizational Relations"¹⁾ an, wonach für den Erfolg einer Organisation die Ausbildung, das Expertenwissen und die Bedeutung des sogenannten 'Grenzpersonals' in der Organisation maßgeblich sind. Unter dem Grenzpersonal werden dabei die Personen verstanden, die im Namen von Organisationen untereinander verhandeln, d.h. für den Kontakt nach außen zuständig sind. Im vorliegenden Fall stellten in Baden-Württemberg die im ständigen Ausschuß vertretene Ärzteschaft sowie der Projektleiter oder von ihm ermächtigte Stellvertreter einen Teil des Grenzpersonals dar. Da zweifelsohne dem Grenzpersonal der Ärzteschaft aufgrund der vorangegangenen Konflikte und unter dem Aspekt der konfliktfreien Implementation die größere Bedeutung beigemessen wurde, und zwar sowohl durch das eigene Sozialsystem als auch durch die Vertreter der Studie in Baden-Württemberg, ist die beschriebene Annäherung verständlich.²⁾

Für zukünftige Programme kann, hieraus abgeleitet, u.a. die Empfehlung ausgesprochen werden, das Grenzpersonal unter dem Gesichtspunkt der Bedeutung im bestehenden Netzwerk auszuwählen. Je höher die personale Bedeutung und Akzeptanz des Grenzpersonals, umso eher sind die Chancen der Implementation von Programmen gegeben.

Im Zusammenhang mit der Bedeutung des sog. Grenzpersonals ist weiter festzuhalten, daß für den Fall, daß die Ziele der vertretenen Institution nicht adaptiert werden, mit Loyalitätskonflikten zu rechnen ist, die die Implementationschancen der vertretenen Institution/des Studienzentrums reduzieren.

1) Vgl. Evans, W.M.: Toward a Theory of Interorganizational Relations, in: Management Science, a.a.O.

2) Ähnliches ist insofern für den Projektleiter in Traunstein festzustellen, als er von sich aus der Ärzteschaft, um Konflikte zu vermeiden, einen hohen Stellenwert zuordnete und dadurch eine Programmreformulierung in Richtung Kommunalen Prävention präjudizierte.

Die Reaktionen in den übrigen Regionen führten nicht zu gleichen, jedoch zu ergebnisähnlichen Resultaten. In Traunstein wurde die Studie als solche generell seitens der Vertreter des ärztlichen Sozialsystems abgelehnt, da eine Verhandlungsstruktur mit dem Charakter eines Nichtnullsummenspiels nicht aufgebaut werden konnte. Dies führte letztlich zu einer Einschränkung des Programms, insofern als seitens der Projektvertreter bei allen Planungen der Part der Ärzteschaft mitgedacht wurde und somit Programmteile der Konfliktvermeidungsstrategie weichen mußten.

In Bremen wechselte die zunächst generelle Ablehnung der DHP durch die Ärzteschaft im Zeitverlauf dahingehend, daß zunehmend eine Akzeptanz der Studie erfolgte. Dies führte allerdings nicht zu einer Teilnahme am Fortbildungsprogramm, jedoch zu einer Unterstützung von Maßnahmen wie beispielsweise 'Blutdruckmessungen' oder auch 'Überweisungen' an die Geschäftsstellen.

In Berlin schließlich kam es wie in Stuttgart zu einem Abkommen zwischen Studienzentrum und Ärztekammer. Einflüsse, vergleichbar mit denen in Stuttgart, waren bislang nicht feststellbar. Allerdings wurde auch ein Konfliktthema nie versucht zur Sprache zu bringen, nämlich die Etablierung von Geschäftsstellen. Dies ist jedoch nicht als 'Konfliktvermeidungsstrategie' zu werten, sondern ist begründet in der diesbezüglich negativen Einstellung der Projektmitarbeiter in Berlin.

Bisher wurden hauptsächlich die Einflüsse auf das Gesamtprogramm zusammengefaßt, und zwar bedingt durch die Ärzteorganisationen bzw. die Interessenvertreter der Ärzteschaft. Im folgenden wird das Teilprogramm für Ärzte in den Mittelpunkt gestellt. Wie dargestellt, war eine erfolgreiche Implementation des Programms des WIAD allein in Berlin möglich, allerdings lediglich auf der Systemebene. Inwieweit sich diese Implementation als langfristig dauerhaft erweisen wird, kann hier nicht abgeschätzt werden. Es kann jedoch aufgrund entsprechender Analysen vermutet werden, daß die Stabilität des Implementationsgeschehens über die Einrichtung einer Gebühren-

ordnungsziffer maßgeblich beeinflußt werden könnte. Hierauf lassen die Erfahrungen des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung schließen: Wie bereits erwähnt, hat das Zentralinstitut ein vergleichbares Konzept entwickelt. Die entsprechenden Seminare fanden jedoch eine bessere Resonanz. Dies ist zum Teil auf die Tatsache zurückzuführen, daß das Programm nicht in ein multizentrisches Programm wie im Fall der DHP eingebunden war. Jedoch wird auch die im Rahmen des Modellprojektes honorierte Gesundheitsberatung (nach Teilnahme am Schulungsprogramm) ihren Teil zum Erfolg beigetragen haben.

In Stuttgart wurde ein dem Programm des WIAD vergleichbares Fortbildungsseminar eingesetzt, es fand jedoch bei der Ärzteschaft keine Nachfrage, was schließlich u.a. mit der fehlenden Abrechnungsmöglichkeit zu begründen ist, wie oben bereits dargestellt.

In Traunstein gelang es zwar, trotz der vehementen Ablehnung seitens des Präsidenten der bayerischen Landesärztekammer, eine Test-Fortbildung durchzuführen, jedoch blieben letztlich die Bemühungen um eine Verankerung erfolglos.

Die bei der Motivierung der für die Fortbildung zuständigen Vertreter der Ebene des Sozialsystems gemachten Erfahrungen führten wie bereits dargestellt zu der These: "Je mehr die Ärzte in ein kommunikatives Netzwerk eingebunden sind, umso eher werden sie normentsprechenden Innovationen zustimmen; ist der Arzt hingegen nur marginal oder überhaupt nicht in das Netzwerk eingebunden, ist die Wahrscheinlichkeit, daß er nicht-normentsprechende Programme adaptiert, höher als bei Ärzten, die voll in das Netzwerk integriert sind." Eine Bestätigung dieser These auf der Grundlage umfangreicher Belege ist hier nicht möglich. Dennoch könnte an dieser Stelle die Empfehlung abgeleitet werden, Innovationen, die den Rahmen bestehender Normen sprengen, eingangs über 'Außenseiter' zu implementieren. Über den Programmerfolg sind auf die Dauer eventuell auch weitere Implementeure zu gewinnen, vor allem,

wenn gleichzeitig, wie oben bereits dargestellt, finanzielle Anreize unterstützend eingesetzt werden, und wenn eine Nachfrage seitens der Patienten existiert, die es endlich opportun erscheinen läßt, das Angebot auszuweiten.

Bevor die Frage, ob das Programm noch eine zielgerichtete Problemlösung beinhaltet, beantwortet wird, sei noch einmal wiederholt, daß es nicht unbedingt immer sinnvoll ist, das definierte Programm zum alleinigen Analyseinstrument zu machen. Die Verwirklichung bestimmter Programmziele ist nicht immer unbedingt im Lichte anderer Werte, wie beispielsweise im vorliegenden Fall der Erhaltung der ärztlichen Selbstverwaltung, der Beanspruchung der alleinigen Verantwortung für gesundheitliche Fragen (Systemerhaltung), positiv zu werten. Verläßt man die Urteilsperspektive derjenigen, die ein bestimmtes Programm implementieren wollen und am Erfolg oder Mißerfolg der Implementation dieses Programms gemessen werden, dann kann auch die im Sinne des Programms eher mangelhafte Umsetzung von Programmen oder aber die selektive Durchführung von Programmteilen eine positive Bedeutung haben. Ein solcher Mangel kann nämlich bedeuten, daß hiermit die Umsetzung einer verfehlten Politik verhindert wurde, daß wichtige Interessengruppen bei der Programmformulierung vergessen wurden oder aber, daß im Interesse der Durchführung des Programms besonders hinderliche Regelungen im Sinne einer Realisierung den Möglichkeiten im Feld bereits bei der Implementation angepaßt wurden.

Bei der Implementation eines so vielschichtigen Programms mit einer Vielzahl von Implementationsträgern unterschiedlichster Provenienz mit unterschiedlichen Erwartungen, Anforderungen und Unterstützungsleistungen kann bei einer Analyse sicherlich nicht allen Perspektiven ausreichend Rechnung getragen werden.

Sicherlich werden in jeder Analyse die subjektive Einstellung, die eigenen Erwartungen und Anforderungen immer wieder als tragende Basis einer jeden Interpretation des Vollzugs sowie dessen Hemmnisse oder förderlicher Bedingungen eingehen, vor

allem, wenn man durch ein definiertes Programm in eine solche Studie eingebunden ist; im vorliegenden Fall liegt die Eingebundenheit über die Funktion der stellvertretenden Projektleiterin beim ärztlichen Fortbildungsprogramm vor. Dies sollte vor der vorliegenden Analyse nicht unerwähnt bleiben.

Aus der Sicht der Ärzteschaft kann sicherlich festgehalten werden, daß das zur Durchführung anstehende Programm der Kooperativen Prävention in Stuttgart eine zielgerichtete Problemlösung darstellt. Da jedoch die unterschiedlichen Berufsgruppen in Bezug auf sinnvolle und notwendige Prävention unterschiedliche Wertvorstellungen besitzen, die meist unmittelbar aus dem jeweiligen Berufsbild abgeleitet werden können, sind teilweise reformulierte Programme aus deren Blickwinkel nicht immer unbedingt optimal.

Hierüber zeichnet sich eine für multifaktoriale, innerorganisatorische sowie interorganisatorische Handlungssysteme wesentliche Verhaltensweise ab: Für eine zielgerichtete Programmimplementation ist die Tatsache relevant, daß keiner der Beteiligten die Perspektive des Gesamtzusammenhanges oder des übergeordneten Programmziels einnimmt. Und selbst wenn dies doch der Fall wäre, verfügt keiner tatsächlich über den Einfluß, das Verhalten in diesem Sinne zu steuern. Edner stellt in diesem Zusammenhang fest, daß das Verhalten der Implementeure innerhalb der Netzwerkbeziehungen durch eine gewisse Blindheit gegenüber den Interessen der anderen geprägt ist und daß von daher nur geringe Kompromißbereitschaft vorliege.¹⁾

Unter Zugrundelegung der Zielsetzung der Kooperativen Prävention, wonach u.a. über die Einrichtung von Treffpunkten diejenigen erreicht werden sollen, die das bestehende Gesundheitssystem nicht in Anspruch nehmen, wäre beispielsweise eine Ab-

¹⁾ Vgl. Edner, Sh.M.: The Blind Men and the Elephant; How do intergovernmental Actors Compensate for their Handicap or is there a Cure for Hereditary Blindness, Paper, Annual Meeting of the American Political Services Association, Washington D.C. 1977, S. 9

lehnung der Treffpunkte oder aber nicht zielgerichtete Verwendung ein Hinweis darauf, daß das Programm insgesamt keine zielgerichtete Problemlösung mehr darstellt. Selbst unter Berücksichtigung der oben gemachten Einwände wäre dies ein Grund, ein entsprechendes Programm abzuberechnen. Die Begründung hierfür läge im Bereich des Ethisch-Moralischen, wonach gerade solche Personen nicht benachteiligt werden dürfen, die nur geringe Möglichkeiten haben, ihre Rechte auch in Anspruch zu nehmen.

Der Grund zum Abbruch bestünde allerdings nur vor der Zielsetzung der Kooperativen Prävention der DHP, die über ihren breiten Ansatz alle Bevölkerungsschichten durch die unterschiedlichen Zugangsmöglichkeiten der unterschiedlichsten Professionen erreichen will.

Einen vergleichbaren weiten Ansatz hat die Kommunale Prävention nicht. Sie hat das Ziel einer Senkung von Risikofaktoren in der Bevölkerung von Gemeinden unter Einordnung der hierfür notwendigen Aktivitäten in den Kompetenzbereich der Ärzte. Dahinter steht die Hypothese, daß alle präventiven Maßnahmen nur erfolgreich sind, wenn sie von Medizinern bzw. unter deren Regie ausgeübt/durchgeführt werden.

Wie bereits kurz erwähnt, existieren in Stuttgart, Traunstein und Berlin keine Geschäftsstellen gemäß der DHP-Zielsetzung. Während der Grund für Stuttgart interessenpolitisch zu sehen ist, steht für Berlin allein die entsprechende Orientierung des Studienzentrums als Ursache im Vordergrund. Die hieraus folgenden Konsequenzen müßten jedoch die gleichen wie im Falle von Stuttgart sein. In Traunstein wurde aufgrund der vorangegangenen Verlautbarungen und 'Drohung' seitens des Präsidenten der Landesärztekammer auf alle Maßnahmen verzichtet, die zu weiteren Konflikten mit der Ärzteschaft hätten führen können. So wurde u.a. keine Geschäftsstelle eingerichtet. Dieser Verzicht auf die Geschäftsstelle ist ein Indiz dafür, daß, wie in Stuttgart und Berlin, die durchgeführte Studie keine problemadäquate Lösung mehr darstellt.

Allein in Bremen wäre unter diesem Aspekt die Studie als erfolgreich und fortführbar zu sehen.

Zieht man das Erfolgskriterium der Fortbildung für Ärzte mit heran, kann für 3 Regionen eine unzureichend bis mangelhafte Etablierung festgehalten werden, für eine Region eine geringe. Allerdings wäre es sicher nicht opportun, einen Abbruch der Studie hieraus abzuleiten, da damit der Ärzteschaft signalisiert würde, daß sie jederzeit gesundheitsbezogene Programme verhindern kann, die die Ärzteschaft mit einbinden, indem sie sich verweigert. Hier sollte vielmehr nach echten Alternativanbietern gesucht werden.

Für die Beantwortung des Fragenkomplexes erfüllte das Variablenmodell die gestellten Aufgaben. Allerdings ist keine Variable für sich allein aussagefähig, sondern nur in Kombination mit den übrigen. So rundet sich der Einfluß auf das Programm aus der 'Verfügbarkeit von Techniken zur Prävention' z. B. erst unter Berücksichtigung der übrigen Variablen in unterschiedlichen Ausprägungen ab, wobei schließlich die Prämissen der Theorie der Interorganisationstheorie und der korporatistischen Verhandlungsstrukturen die Erfolgsrichtung für die Implementation bestimmen bzw. den Rahmen für die Geltung spezifizieren.

Unter den Aspekten der vorliegenden Arbeit, einen Beitrag zu leisten,

- die Chancen der Implementation von gesundheitsbezogenen Programmen zu erhöhen, indem die Handlungsspielräume der Implementationsakteure des Programmvollzugs analysiert und in einen Zusammenhang zum Implementationsergebnis gestellt werden sowie
- herauszufinden, welcher Implementationsmodus für Gesundheitsprogramme geeignet ist,

werden im folgenden noch einmal die wesentlichen gewonnenen Erkenntnisse hervorgehoben:

1. Die Chancen der Implementation von gesundheitspolitischen Programmen sind aller Wahrscheinlichkeit nach höher, wenn eine Situation besteht, in der eine Verhandlungsstruktur aufgebaut werden kann, die den stimulierenden Charakter eines Nichtnullsummenspiels aufweist.
2. Durch neue gesundheitspolitische Programme, die die Ärzteschaft einbeziehen, sollte nicht der Aufbau völlig neuer Interaktionssysteme erzwungen werden; sie sollten sich soweit wie möglich und gerechtfertigt auf bestehende stützen und die bestehende Struktur der ärztlichen Selbstverwaltung nicht in Frage stellen.
3. Personen, die hinsichtlich der Implementation die Außenkontakte zu wichtigen Institutionen, Organisationen und Personen herstellen, sollten von diesen Kontaktpartnern akzeptiert werden; sie sollten über die notwendige Ausbildung, das Expertenwissen und die interorganisatorische Bedeutung verfügen, die diese Akzeptanz sichern. Von daher kommt den Medizinern hier eine vorrangige Bedeutung zu.
4. Die Personen, die für die Außenkontakte zuständig sind, müssen die Ziele der zu implementierenden Programme adaptieren. Ist dies nicht der Fall, ist mit Loyalitätskonflikten zu rechnen, die die Chancen der Implementation verringern. Die Ziele werden sicher eher dann adaptiert, wenn bei der Programmentwicklung der Punkt 2 Berücksichtigung findet.
5. Programme, die mit finanziellen Anreizen gekoppelt sind, lassen sich leichter implementieren als solche, die allein auf Verhaltensappellen beruhen. Von daher wäre bei gesundheitspolitischen Programmen, die über die Ärzteschaft durchgeführt werden, die Einrichtung einer entsprechenden Abrechnungsziffer erfolgsfördernd.
6. Handelt es sich bei den Maßnahmen des Programms um solche, die mit den Normen der Feldstruktur kompatibel sind, werden sie von den Ärzten, die in das bestehende Netzwerk über einen weiten ärztlichen Kontaktkreis integriert sind, am ehe-

sten implementiert. Der Grund ist darin zu sehen, daß die meisten Informationen, die die Maßnahme/das Programm betreffen, aufgrund der Normentsprechung positiv sein werden.

Steht hingegen das Programm bzw. stehen Maßnahmen dieses Programms den Normen des Systems entgegen, und sind die interpersonellen Informationen innerhalb des Netzwerkes eher negativ, ist davon auszugehen, daß einer Implementation entgegengetreten wird. Letzteres wird vorrangig dann der Fall sein, wenn Einflußnahmen des entsprechenden Sozialsystems bei der Problemgenese und Programmformulierung nicht ausreichend ermöglicht wurden.

Ist es jedoch aus bestimmten Gründen notwendig ein Programm umzusetzen, das nicht systemkonform ist, wäre eine Implementation über Vertreter des Sozial- bzw. Personalsystems, die nicht voll in das bestehende Netzwerk einbezogen sind, günstiger, da der hier angesprochene Personenkreis weniger Informationen über das Konfliktpotential besitzt. Es muß jedoch angemerkt werden, daß sich entsprechende Personen eher auf der Ebene des Personalsystems als auf der Ebene des Sozialsystems finden lassen.

Bei Vertretern des Sozialsystems liegt allenfalls zu Beginn ihrer Tätigkeit in bestimmten Funktionen, Organisationen etc. ein Informationsmangel vor, der geeignet ist, nicht systemkonformen Programmen Vorschub zu leisten. Dieses Informationsdefizit wird jedoch sehr bald aufgrund der mit der Funktion bzw. der Einbindung in eine Organisation verbundenen Kontakthäufigkeit und -intensität aufgehoben sein. Ein Überleben auf der Ebene des Sozialsystems bedingt langfristig auch die Akzeptanz der hier vertretenen Normen.

7. Für die Geschäftsstellenproblematik kann hier nur die Vermutung ausgesprochen werden, daß über eine Änderung der Bezeichnung und Integration in akzeptierte Organisationen vor Ort eine konfliktfreie Implementation ermöglicht werden kann. Hierzu müßten im Rahmen der Studie unbedingt Überlegungen angestrengt werden.

Anhang

Anlage 1: Stellungnahme zum Studienhandbuch der DHP seitens
des Vorstandes der Bundesärztekammer
- 16. September 1983 -

Fassung: 16.9.1983

Stellungnahme zum "Studienhandbuch DHP"

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat in seiner Sitzung am 16. September 1983 Zielsetzung und geplante Durchführung der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (Hauptstudienphase) auf der Grundlage des im Mai 1983 vorgelegten und im Juli 1983 modifizierten "Studienhandbuches DHP" kritisch diskutiert und nimmt hierzu vorbehaltlich der dringend notwendigen Kenntnis der Gesamtergebnisse aller bisherigen langjährigen und umfangreichen Arbeiten wie folgt Stellung:

Die Ärzteschaft befürwortet alle Bemühungen, die das Bewußtsein der Verantwortung für die eigene Gesundheit beim Bürger stärken und ihn zu einer gesunden Lebensweise anregen. Der Einsatz präventivmedizinischer Maßnahmen sollte insbesondere den Auswirkungen wissenschaftlich festgestellter Risikofaktoren vorbeugen und diese möglichst ganz vermeiden. Die deutschen Ärzte haben sich seit jeher aus eigener Initiative und auch ohne staatliche Unterstützung dieser Aufgabe gewidmet. Das hat zu wissenschaftlich anerkannten, jedoch statistisch nicht in jedem Fall prozentual nachprüfbaren Erfolgen geführt.

Die als Hausärzte tätigen niedergelassenen Ärzte sind gewohnt, ihre Aufmerksamkeit auf die Risikofaktoren ihrer Patienten und der von ihnen betreuten Familien zu richten. Dies erfolgt unter Berücksichtigung der örtlichen Gegebenheiten und in Nutzung der vielfach seit Jahrzehnten gewachsenen Vertrauenskontakte, die für präventivmedizinische Maßnahmen von ganz besonderer Bedeutung sind. Insbesondere die in der gezielten

Primärprävention z.B. als Teilnehmer an den Früherkennungsmaßnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung und die als Betriebs- und Sportärzte tätigen Ärzte verfügen in großer Zahl über praktische Erfahrungen in der Gesundheitsberatung und Gesundheitsvorsorge.

Der Vorstand der Bundesärztekammer hält es daher für unverzichtbar, die Erfahrungen und Kenntnisse insbesondere der niedergelassenen Ärzteschaft in Forschungsvorhaben zur Untersuchung von alternativen Primärpräventionsmodellen schon in der Forschungsplanung, jedoch auch in der kritischen Forschungsbegleitung und erst recht in der Durchführung von alternativen Entwicklungsmodellen maßgeblich zu berücksichtigen.

Auch bei sorgfältigster Prüfung des _____
"Studienhandbuches DHP" ist nicht zu erkennen, in welcher Form die Beteiligung von Ärzten bei den weiteren Forschungsarbeiten konkret erfolgen soll. Gerade dies ist jedoch die zentrale Frage für die endgültige Stellungnahme der Bundesärztekammer. Die Bundesärztekammer ist der Auffassung, daß Art und Weise des Einsatzes der persönlichen ärztlichen Verantwortung für die Erfolgsaussichten breitangelegter Primärprävention entscheidend sein werden. Die Organisation der Prävention in den Gemeinden darf nicht dazu führen, daß durch eine Institutionalisierung in Geschäftsstellen die persönliche ärztliche Verantwortung in der Primärprävention an ihrer vollen Entfaltung gehindert wird. Modelluntersuchungen, die dies nicht berücksichtigen, wären von vornherein ihrer Anlage nach unvollständig und daher wissenschaftlich verfehlt.

Ob bei der Auswahl der Interventionsmaßnahmen die Erkenntnisse erfahrener niedergelassener Ärzte, die aus den verschiedensten Positionen heraus seit Jahrzehnten präventivmedizinisch tätig sind, angemessen berücksichtigt wurden, geht aus dem Studienhandbuch nicht hervor. Aus dem Studienhandbuch geht auch nicht hervor, ob und wie sich das Konzept der geplanten und zu untersuchenden Maßnahmen auf Ergebnisse der Pilot-Studienphase und

der Vorstudienphase stützt.

Ohne diese Kenntnis ist jedoch nicht zu beurteilen, ob die aus dem Studienhandbuch ohnehin nur unvollkommen zu erkennen- den Ergebnisse der Vorstudie wissenschaftlich schlüssig bei den weiteren Forschungsarbeiten berücksichtigt werden.

Schließlich bleibt offen, in welchem Umfange das erhebliche Potential an Wissen und Erfahrung der verschiedenen Arztgruppen bei der Fortbildung der für die DHP-Studie zu gewinnenden Ärzte genutzt werden soll.

Zusammenfassung:

Das vorliegende Studienhandbuch allein kann nicht als Grundlage einer fundierten wissenschaftlichen Begutachtung vor Beginn der Hauptstudienphase angesehen werden. Nicht zuletzt auch im Hinblick auf die erheblichen für die Studie veranschlagten Geldmittel fordert der Vorstand der Bundesärztekammer bei der Begutachtung die bisherigen Erfahrungen der Vorstudienphase (Zwischenberichte) zu berücksichtigen und danach ein wissenschaftlich präzise formuliertes Operationshandbuch vorzulegen. Dies muß genaue und begründete Angaben über die Beteiligung der verschiedenen Arztgruppen, über das Interventionsinstrumentarium, über Art und Umfang der Fortbildung und über die Verknüpfung mit den bereits bestehenden Aktivitäten und Einrichtungen in der Prävention sowie den dazu geeignet erscheinenden Einrichtungen der kurativen und rehabilitativen Medizin einschließlich der Praxen der niedergelassenen Ärzte enthalten.

Der Vorstand der Bundesärztekammer hält es für unerlässlich, daß ein vom Auftraggeber und von der Studienleitung unabhängiger, mit dem System der Gesundheitssicherung in der Bundesrepublik Deutschland bestens vertrauter wissenschaftlicher Beirat die weitere Planung und deren Durchführung unter Berücksichtigung aller anderen primärpräventiven Modellerfahrungen kritisch begleitet.

Anlage 2: Stellungnahme zum Operationshandbuch der DHP seitens
des Vorstandes der Bundesärztekammer

- 13. April 1984 -

S t e l l u n g n a h m e

des Vorstandes der Bundesärztekammer vom 13. April 1984
zum Entwurf des Operationshandbuches der Deutschen Herz-
Kreislauf-Präventionsstudie

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat in Kenntnis des ihm am 13. April 1984 seitens des Bundesministeriums für Forschung und Technologie zugegangenen Fernschreibens ("Das Bundesministerium für Forschung und Technologie wird die Interventionsmaßnahmen der Durchführungsphase der DHP in allen Studienregionen bis zum 31.7.1984 aufschieben. Hierzu wird im Bewilligungsbescheid eine entsprechende Mittelsperre vorgesehen. Der Vierteljahreszeitraum soll genutzt werden, um die regionale Beteiligung der Ärzteschaft im Rahmen der Maßnahmen des Operationshandbuches herbeizuführen.") die folgende Stellungnahme zum Entwurf des Operationshandbuches der DHP verabschiedet:

Die in der Bundesrepublik Deutschland seit Jahren beobachtete Häufigkeit von Herz-Kreislauf-Erkrankungen erfordert den Einsatz geeigneter präventivmedizinischer Maßnahmen, um ein weiteres Ansteigen dieser Erkrankungshäufigkeit zu verhindern und sie nach Möglichkeit zu senken. Geeignete, insbesondere übertragbare Maßnahmen müssen erfolgversprechend, wissenschaftlich begründet und bewertbar sein. Darüber hinaus müssen sie von allen an der praktischen Durchführung zu Beteiligten akzeptiert und daher von ihnen mit Überzeugung umgesetzt werden.

Die Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie wurde im Jahre 1983 durch ein vom Bundesminister für Forschung und Technologie berufenes Beratergremium auf der Grundlage des im Juli 1983 vorgelegten Studienhandbuches als wissenschaftlich geeignetes Vorgehen zur Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen beurteilt. Der im Februar 1984 fertiggestellte, seitens des NIAD der Bundesärztekammer zugeleitete Entwurf des Operationshandbuches DHP beschreibt in Einzelheiten die zur Verwirklichung des Studienzieles vorgesehenen Maßnahmen unter Angabe der als notwendig erachteten Strukturen, Schulungsveranstaltungen und ihrer Lehrinhalte sowie der organisatorischen Voraussetzungen.

Wie das Operationshandbuch bestätigt, hat der Haus- und Familienarzt, der in der Bevölkerung als besonders geeignet zur Information über Gesundheitsfragen gilt, die besten Kontakte und Einwirkungsmöglichkeiten. Nach der gleichen Quelle halten 94 % einer befragten Stichprobe die ärztlichen Organisationen für die kompetenten Stellen, um Informationen und Anleitungen zu gesundheitsbewußtem Verhalten zu geben.

Die niedergelassenen Ärzte selbst sehen ebenso wie in anderen Bereichen tätige Ärzte in der vorbeugenden Gesundheitspflege eine ihrer originären Aufgaben, der sie sich auch in Zusammenarbeit mit Angehörigen anderer Berufsgruppen widmen.

Die Einstellung der Bevölkerung einerseits und die präventivmedizinischen Anstrengungen der Ärzteschaft andererseits führen zu der Feststellung, daß Maßnahmen der Krankheitsverhütung nur dann erfolgreich sein werden, wenn sie maßgeblich von den Ärzten initiiert, akzeptiert und unter Berücksichtigung örtlicher Gegebenheiten verwirklicht werden. Von anderer Seite initiierte Maßnahmen werden die Ärzte allerdings nur dann annehmen und übernehmen, wenn sie diese frühzeitig in kritischer Diskussion kennenlernen, gegebenenfalls entsprechend ihren Kenntnissen und regionalen Bedürfnissen modifizieren, billigen und umsetzen können. Die Billigung durch die Ärzteschaft ist daher die unverzichtbare Grundvoraussetzung für den Erfolg solcher Maßnahmen.

Der Vorstand der Bundesärztekammer empfiehlt deshalb dringend, den Entwurf des Operationshandbuches nicht nur den berufspolitischen Verbänden der niedergelassenen Ärzte auf Bundesebene zur Prüfung zuzuleiten, sondern vor Beginn der Hauptstudienphase auch mit Repräsentanten der für die Studiengemeinde zuständigen Ärztekammern und kassenärztlichen Vereinigungen sowie mit niedergelassenen, in der Prävention erfahrenen, später mit der Durchführung der DHP zu betrauenden Ärzten hinsichtlich der Praktikabilität kritisch zu überprüfen. Mit diesem Schritt würde die im Operationshandbuch ohnehin vorgesehene Analyse des in den Studiengemeinden vorhandenen Präventionsangebotes vor den Beginn der Hau

studienphase vorverlegt mit der Möglichkeit, die von der DHP vorgesehenen Maßnahmen entsprechend örtlichen Gegebenheiten zu modifizieren oder nahtlos bestehenden Strukturen einzufügen. Zur Förderung der Kooperation mit den niedergelassenen Ärzten und der Koordination der Studie wird die Berufung eines von den ärztlichen Selbstverwaltungskörperschaften vorzuschlagenden, in der Prävention erfahrenen Arztes aus jeder Studiengemeinde in zentrale und lokale Planungsgremien der DHP für unverzichtbar angesehen.

Zur Verwirklichung des Studienzieles auf der Grundlage des als insoweit verbindlich anzuerkennenden Grundkonzeptes der DHP hätte die Ärzteschaft dann regional zu entscheiden, welche von den im Operationshandbuch vorgesehenen Strukturen und Verfahrensschritten ganz, teilweise oder - weil örtlich durch erprobte Methoden ersetzbar - überhaupt nicht übernommen werden sollen.

Die vorstehenden Überlegungen gelten auch für die Einrichtung von DHP-Geschäftsstellen, die sonstigen Strukturelemente, die Erschließung nichtärztlicher Bereiche, die Gestaltung der Demonstrationstage und ganz besonders die vorgesehene ärztliche Fortbildung einschließlich ihres Inhaltes.

Der im Entwurf des Operationshandbuches wiedergegebene Lehrinhalt für die ärztliche Fortbildung sollte kritisch überprüft werden. Die Altersabhängigkeit der Blutdruckwerte z.B. wird in der angegebenen Form nicht mehr als gegeben angesehen. Der Begriff "Idealgewicht" stößt selbst in der Laienpresse zunehmend auf kritische Resonanz.

Bei der Schulung der Laienmultiplikatoren sowie bei der Medienarbeit sollte in weitaus stärkerem Umlange als offenbar vorgesehen auf die Erfahrungen und die Materialien der von der Ärzteschaft mitgetragenen Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung bzw. der entsprechenden Vereinigungen in den Bundesländern zurückgegriffen werden.

Anlage 3: Text der Vereinbarung zwischen der Landesärztekammer
und der Projektleitung der DHP in Stuttgart

VEREINBARUNG

zwischen der Landesärztekammer und der Projektleitung der Deutschen Herz-Kreislauf Präventionsstudie (DHP) in

Zur Durchführung der DHP in wird zwischen den Beteiligten folgendes vereinbart:

- 1) Es wird ein regionaler Beirat geschaffen, der innerhalb der Arbeitsgemeinschaften für Gesundheitserziehung an angesiedelt wird. In diesem Beirat ist die niedergelassene Ärzteschaft maßgeblich beteiligt. Die ärztlichen Mitglieder dieses Beirates werden aus der Mitgliederversammlung der Kreisärzteschaft gewählt.
- 2) Innerhalb der Kreisärzteschaft wird man sich bemühen, niedergelassene Ärzte zu finden, die bereit sind, sich in die wissenschaftlich standardisierte Untersuchungstechnik einführen zu lassen und in dem hierfür vorgesehenen Untersuchungsteam mitzuarbeiten. Diese Mitarbeit bezieht sich auf die evaluative Stichprobenuntersuchung. Die beteiligten Ärzte erhalten ein an den BAT angelehntes Honorar.

Darüber hinaus sollen die interventiven Screeninguntersuchungen der DHP entsprechend den Erfahrungen des Münchner Blutdruckprogramms (MDP) erfolgen, das von der KV Bayerns getragen wird. Dabei handelt es sich um ein multifaktorielles Screening in der Arztpraxis, das jedem Patienten aber auch jedem Gesunden angeboten werden kann. In diesem Falle stehen evaluative bzw. methodische Gesichtspunkte nicht im Vordergrund, die Standardisierungserfordernisse sind daher geringer.

- 3) Die beteiligten Ärzte werden in Seminarveranstaltungen auf ihre Aufgaben vorbereitet. Fortbildungsveranstaltungen sind ein wesentliches Element der Studiendurchführung.
- 4) Der Standort der Geschäftsstelle des regionalen Projektes wird so gewählt, daß eine enge Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und DHP gewährleistet ist.

Die Landesärztekammer stellt sicher, daß die Durchführung der DHP in reibungsarm vonstatten gehen kann. Es ist durchaus denkbar, daß im Verlaufe der Studiendurchführung Anteile derselben, die sich zu bewähren scheinen, in ein Präventionsprogramm der Landesärztekammer übernommen werden können, so wie dies auch für das Programm der kommunalen Prävention in Wiesloch-Eberbach gilt.

Für den Vorstand der
Landesärztekammer

Für die Studienleitung der DHP
in

Für die Deutsche Herz-Kreislauf
Präventionsstudie

*) In an

Anlage 4: Offener Brief des Präsidenten der Landesärztekammer Baden-Württemberg an den Oberbürgermeister der Stadt Mannheim

- 22. November 1984 -

LANDESÄRZTEKAMMER BADEN-WÜRTTEMBERG

Körperschaft des öffentlichen Rechts

O f f e n e r B r i e f

DER PRÄSIDENT

7000 STUTTGART-DEGERLOCH

Jahnstraße 40 · Ruf 76 50 24

Herrn Oberbürgermeister
der Stadt Mannheim

6800 Mannheim

Sehr geehrter Herr Oberbürgermeister,

als Präsident der Landesärztekammer Baden-Württemberg muß ich mit Befremden feststellen, daß in den Mannheimer Medien im Zusammenhang mit der DHP-Studie eine Kampagne gegen die niedergelassene Ärzteschaft Mannheims erfolgt.

Als die Herz-Kreislauf-Präventionsstudie in Mannheim in ihrer Vorphase vor zwei Jahren begann, wurde sie ins Leben gesetzt, ohne zuvor Kontakt mit der Ärzteschaft aufzunehmen oder gar die Ärzteschaft in der Entstehungsphase mit einzubeziehen. Es wurde ein Gesundheitsladen installiert, der den gesundheitspolitischen Vorstellungen in unserem Land entgegenstand. Dies mußte den Widerstand der niedergelassenen Ärzte in Mannheim hervorrufen. Gespräche zwischen Ärzteschaft und Studienleitung scheiterten an der Unflexibilität, ein bereits festgeschriebenes Programm der DHP-Studie an die ärztlichen Gegebenheiten anzupassen, zumal sich im Mannheimer Raum das Kommunale Präventionsprogramm bereits seit einigen Jahren in vollem Aufbau befand. Gesundheitliche Prävention ohne die niedergelassene Ärzteschaft ist a priori zum Scheitern verurteilt.

Wie Sie wissen, habe ich mit im Interesse der Sache dafür eingesetzt, die kooperative Form der DHP-Studie in unserem Land zum Erfolg zu führen und habe für den Stuttgarter Raum mit der Studienleitung eine Vereinbarung getroffen, die die niedergelassene Ärzteschaft in das Programm voll integriert und auch in den Leitungsgremien beteiligt. Erst der Widerstand der Mannheimer Ärzteschaft hat es ermöglicht, eine aufgeschlosseneren Gesprächsbereitschaft der Beteiligten

zu erreichen und das Programm auf die realistischen Möglichkeiten der vorgesehenen Studienregion umzustellen. Die Ärzteschaft des Landes Baden-Württemberg kann den Mannheimer Ärzten nur dankbar sein, daß sie auf die Fehlentwicklung der im Werden befindlichen Studienphase aufmerksam gemacht haben. Nach Auffassung der Landesärztekammer ist die Forderung der Ärzteschaft Mannheim nach einer kommunalen Vergleichsstudie berechtigt und auch notwendig.

Sehr geehrter Herr Oberbürgermeister, ich habe Verständnis für Ihre Enttäuschung daß Mannheim nicht als offizielle Studiengemeinde am DHP-Programm erscheint und Stuttgart den Zuschlag erhielt. Die Landesärztekammer wird im kommenden Jahr ein landesweites Vorsorgeprogramm starten, das alle für die Gesundheit Verantwortlichen - Ärzteschaft und Bürgerschaft - voll einbezieht. Im Interesse der Sache der Gesundheitsvorsorge bitte ich Sie, sehr geehrter Herr Oberbürgermeister, Ihren Einfluß dahingehend geltend zu machen, eine weitere Verunglimpfung der Verantwortlichen innerhalb der niedergelassenen Ärzteschaft zu vermeiden, um zu einer guten Zusammenarbeit zu kommen. Nur gemeinsam werden wir den hohen Anforderungen gerecht, die das Zustandekommen einer erfolgreichen Gesundheitsvorsorge erfordert.

Mit freundlichen Grüßen

-

Präsident

Anlage 5: Erlaß des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit
und Sozialordnung Baden-Württemberg
- 30. August 1982 -

Betr.: Gesundheitserziehung und Gesundheitsbildung;
hier: Bildung von Arbeitsgemeinschaften auf der
Ebene der Stadt- und Landkreise

I.

Die Zunahme der Zivilisationskrankheiten verpflichtet alle für das Gesundheitswesen Verantwortlichen, ihre Aktivitäten auf dem Gebiet der Gesundheitserziehung und Gesundheitsbildung zu intensivieren.

In Baden-Württemberg befaßt sich eine Vielzahl von Körperschaften, Organisationen, Verbänden, Einrichtungen und Aktionen mit Fragen der Gesundheitsförderung, Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsbildung. Es ist daher sinnvoll, die Tätigkeit aller Institutionen auf diesem Gebiet zu erfassen und aufeinander abzustimmen, um parallel laufende Aktionen mit gleichem Inhalt möglichst zu vermeiden und die Effektivität zu erhöhen. Die Aufgabe der landesweiten übergeordneten Koordinierungsfunktion wird von dem beim Ministerium für

Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung gebildeten Landesheirat für Gesundheitserziehung und Gesundheitsbildung wahrgenommen.

II.

Die Gesundheitsämter werden gebeten, in ihrem jeweiligen Amtsbezirk auf die Bildung von "Arbeitsgemeinschaften für Gesundheitserziehung und Gesundheitsbildung" einzuwirken. Diese haben die Aufgabe,

- alle gesundheitserzieherischen Bestrebungen im jeweiligen Gesundheitsamtsbezirk zu koordinieren und zu intensivieren
- bei allen Einrichtungen, Verbänden und Organisationen das Interesse an gesundheitserzieherischer Tätigkeit zu wecken oder zu stärken und
- das Gesundheitsbewußtsein der Bevölkerung auf breiter Grundlage zu fördern.

Um die Mitwirkung möglichst aller mit Gesundheitserziehung und Gesundheitsbildung befaßten Stellen zu erreichen, werden die Gesundheitsämter gebeten, mit diesen Stellen baldmöglichst Kontakt aufzunehmen. In Frage kommen insbesondere:

- Land- und Stadtkreise
- Kreisärzte- und -zahnärzteschaft, Apothekerschaft,
- örtliche Krankenkassen,
- die auf örtlicher Ebene tätigen Wohlfahrtsverbände,
- Schulbehörden und Schulträger,
- örtliche Erwachsenenbildungseinrichtungen,
- Arbeitnehmer- und Arbeitgeberorganisationen,

- Vereine und Gruppen, mit gesundheitsfördernder Zielsetzung,
- örtliche Presse;

Das Gesundheitsamt soll insbesondere anregend und koordinierend tätig werden. Die Durchführung gesundheitserzieherischer und gesundheitsbildender Maßnahmen erfolgt durch die Mitglieder und soll in der Arbeitsgemeinschaft beraten und aufeinander abgestimmt werden.

III.

Zur Durchführung werden folgende Hinweise gegeben:

1. In jedem Gesundheitsamt ist ein Bediensteter, möglichst ein Arzt, für die Wahrnehmung der Aufgabe zu bestimmen und den Mitgliedern der Arbeitsgemeinschaft sowie dem Regierungspräsidium als Ansprechpartner in Fragen der Gesundheitserziehung und Gesundheitsbildung bekanntzugeben.
2. Die Sitzung der Arbeitsgemeinschaft erfolgt nach Bedarf, mindestens einmal jährlich. Es ist eine Geschäftsordnung auszuarbeiten.
3. Bei der Erfüllung der Aufgabe ist zu berücksichtigen, daß die Mitwirkung der Beteiligten an der Arbeitsgemeinschaft auf freiwilliger Basis erfolgt. Die finanzielle und rechtliche Verantwortung für die Maßnahmen auf dem Gebiet der Gesundheitserziehung und Gesundheitsbildung verbleibt bei den Durchführenden. Landesmittel können nicht zur Verfügung gestellt werden.

IV.

Dieser Erlass tritt an die Stelle der nichtveröffentlichten Erlasse des Innenministeriums vom 10. März 1965 (X 1141/128) und vom 20. Juni 1966 (X1143/164).

Ministerialdirektor

Anlage 6: Text der Vereinbarung zwischen der Ärztekammer
Berlin und der Projektleitung der DHP in Berlin

V E R E I N B A R U N G

Zwischen

der Ärztekammer Berlin, Klaus-Groth-Straße 3, 1000 Berlin 19,
(im folgenden: Ärztekammer genannt)

und

dem Institut für angewandte Gesundheitsforschung (SINAG) e.V.,
Flankenschanze 48, 1000 Berlin 20,
(im folgenden: Institut genannt)

wird folgendes vereinbart:

1. Die Ärztekammer und das Institut arbeiten bei der Durchführung der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP) in der Studienregion Berlin-Spandau zusammen. Die Ärztekammer fördert die Durchführung der Studie in der Studienregion Berlin-Spandau und unterstützt das Institut insbesondere bei der Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft in Berlin-Spandau.
2. Die Durchführung der DHP in der Studienregion Berlin-Spandau wird in dem Arbeitskreis Gesundheit der Ärztekammer beraten. Das Institut unterrichtet den Arbeitskreis über die geplanten Aktivitäten sowie die sonstigen für die Durchführung der Studie wichtigen Umstände. Das Institut, vertreten durch den Projektleiter, erteilt dem Arbeitskreis darüber hinaus die Auskünfte, die sich auf das DHP-Projekt des Instituts und die Durchführung der Studie in der Studienregion Berlin-Spandau beziehen. Der Arbeitskreis erarbeitet Empfehlungen für die Durchführung der DHP.
3. Diese Vereinbarung wird zunächst für die Dauer eines Jahres abgeschlossen. Die Ärztekammer und das Institut werden sich rechtzeitig darüber verständigen, ob die Zusammenarbeit fortgesetzt werden soll.

Berlin, den 06. Dezember 1985

Institut für angewandte
Gesundheitsforschung e.V.

Ärztekammer Berlin

1. Vorsitzender

Präsident

Vizepräsident

Anlage 7: Fragebogen des Begleitforschungsinstitutes
"soziostrukturelle Evaluation"/WIAD

--	--

--	--

--	--	--	--

FRAGEBOGEN-NR.

--	--	--

Gemeinde _____ Name _____

Veranstaltung _____ Datum _____

1. Wenn Sie diese Fortbildung insgesamt benoten müßten, welche Note würden Sie geben:

sehr gut ←

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

 → ungenügend
Bitte ankreuzen

2. Was hat Ihnen an der Fortbildung gut gefallen und was nicht?

Gut war: _____

Nicht gut war: _____

3. Sind Sie mit dem zeitlichen Ablauf der Fortbildung einverstanden?

☐ ja

☐ nein

nein, weil _____

4. Welche Themenkomplexe fehlen Ihrer Meinung nach in dieser Fortbildung?

5. Wie beurteilen Sie die Studienbriefe?

6. Sind Ihre Erwartungen an diese Fortbildung erfüllt worden?

☐ ja

☐ nein

weil: -----

7. Würden Sie lieber ausschließlich durch Mediziner fortgebildet werden?

☐ ja

☐ nein

weil: -----

8. Halten Sie es für notwendig, daß die Themen Gesundheitsberatung und Prävention stärker in der ärztlichen Ausbildung und in der ärztlichen Fort- und Weiterbildung verankert werden?

... in der Ausbildung

☐ ja

☐ nein

... in der Fort-/Weiterbildung

☐ ja

☐ nein

9. Glauben Sie, daß es Ihnen in Ihrem beruflichen Alltag möglich sein wird, das Fortbildungsprogramm anzuwenden?

ja sehr gut ← ☐ ++ ☐ + ☐ - ☐ -- → nein, gar nicht

10. Welche Voraussetzungen begünstigen Ihrer Meinung nach die Anwendung des Fortbildungsprogramms in Ihrem Tätigkeitsbereich?

11. Und wo sehen Sie Schwierigkeiten in der praktischen Anwendung?

12. Sehen Sie für sich persönlich Möglichkeiten, diese Schwierigkeiten zu überwinden?

☐ ja

☐ nein

wenn ja, durch welche Maßnahmen: _____

Literaturverzeichnis

Abholz, H.-H. u.a. (Hrsg.): Risikofaktorenmedizin - Konzept und Kontroverse, Berlin 1982

Aiken, M., Hage, J.: Organizational Interdependance and Intra-organizational Structure, in: American Sociological Review, 33, 1968, S. 912-930

Akinbode, J.A., Clark, R.O.: A Framework for Analyzing Inter-organizational Relationships, in: Human Relations, 29, 1976, S. 101-114

Aldrich, H.: An Organization-Environment, Perspective on Cooperation and Conflict between Organizations in the Manpower Training System, in: Neghandi (Hrsg.): Interorganization Theory, Kent, Ohio 1975

Alemann, U. v. (Hrsg.): Neokorporatismus, Frankfurt/New York 1981

Badura, B.: Zur sozialepidemiologischen Bedeutung sozialer Bindungen und Unterstützung, in: Badura, B. (Hrsg.): Soziale Unterstützung und chronische Krankheit, Frankfurt/M. 1981, S. 13-39

Badura, B. (Hrsg.): Soziale Unterstützung und chronische Krankheit, Frankfurt/M. 1981

Bardach, E.: The Implementation Game: What happens after a Bill becomes Law? Cambridge (Mass.) 1977

Basler, H.-D.: Individuelle Prävention, Programme zur Modifikation risikoträchtigen Verhaltens, in: Die Ortskrankenkasse, Nr. 59, 1977, S. 74-83

Bauch, J.: Zwischen Gesinnungsethik und Verbandszwang, Ärzteverbände als Korrektiv der soziologischen Organisationstheorie, in: Soziale Welt, Heft 2, 33. Jg., 1982, S. 234

Bengel, J., Koch, U.: Modellversuch 'Gesundheitsberatung durch Ärzte'. Teilprojekt der Evaluation: Erwartungen und Erfahrungen der an der Fortbildung teilnehmenden Ärzte (Ärztstudie zum Fortbildungsprogramm), Langfassung, durchgeführt im Auftrag des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung, Köln 1983

Berufsordnung für die Deutschen Ärzte

Berufsverband Deutscher Internisten: Mitglieder-Rundschreiben Nr. 12/84, S. 408

Beschluß des 64. Deutschen Ärztetages, in: Wortbericht des 64. Deutschen Ärztetages, Köln 1961

Blackburn, H. et al.: Minnesota Heart Health Program, Health Program Division, Manual of Operations, Minneapolis 1981

Böcher, W.: Preparatory Paper of the Meeting of the Working Group on Health Education of the Public in Cardiovascular Diseases, Heidelberg, 7./10. November 1978 (non published)

Brühne, Ch., Schwartz, F.W.: Präventive ärztliche Gesundheitsberatung - Vorbereitung eines Modellversuchs in Hamburg und in der Pfalz, in: Troschke, H. v., Stöbel, U. (Hrsg.): Möglichkeiten und Grenzen ärztlicher Gesundheitsberatung, Freiburg 1981, S. 200-205

Bundesminister für Forschung und Technologie (Hrsg.): Programm der Bundesregierung zur Förderung von Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit 1978-1981, Bonn 1978

Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit (Hrsg.): Problemanalysen und Reformschwerpunkte für das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland, Bd. 4 der Schriftenreihe des BMJFG, Bonn 1973

Burkhardt, P., Wengle, E.: Gesundheitsberatung durch niedergelassene Ärzte im Kreis Mettmann - der Start eines Modellversuchs, in: Troschke, J. v., Stöbel, U. (Hrsg.): Möglichkeiten und Grenzen ärztlicher Gesundheitsberatung, Freiburg 1981, S. 191-195

Carleton, R.A.: The Pawtucket Heart Health Program, National Heart, Lung and Blood Institute, 1980

Dahme, H.-J., Grunow, D.: Implementation persuasiver Programme, in: Mayntz, R. (Hrsg.): Implementation politischer Programme II, Ansätze zur Theoriebildung, Opladen 1983, S. 117-141

Dahme, H.-J., Grunow, D., Hegner, F.: Aspekte der Implementation sozialpolitischer Anreizprogramme: Zur Überlappung von Programmentwicklung und Programmimplementation am Beispiel der staatlichen Förderprogramme für Sozialstationen, in: Mayntz, R. (Hrsg.): Implementation politischer Programme, empirische Forschungsberichte, Königstein/Ts 1980, S. 154-175

Deppe, H.-U.: Medizinische Soziologie - Aspekte einer neuen Wissenschaft, Frankfurt/M. 1978

Deutscher Ärztetag: Gesundheits- und sozialpolitische Vorstellungen der Deutschen Ärzteschaft, beschlossen vom 83. Deutschen Ärztetag 1980 in Berlin, Köln 1980

Döhner, O. (Hrsg.): Arzt und Patient in der Industriegesellschaft, Frankfurt/M. 1973

Edner, Sh.M.: The Blind Man und the Elephant; How do Intergovernmental Actors Compensate for their Handicaps or is there a Cure for Hereditary Blindness, Paper, Annual Meeting of the American Political Services Association, Washington D.C. 1977

Evan, W.M.: Toward a Theory of Interorganizational Relations, in: Management Science, 11. Jg., Heft 10, 1966, S. 217-230

Farquhar, J.W., Maccoby, N., Wood, P.: Stanford Five-City Multifactor Risk Reduction Project, Stanford Heart Disease Prevention Program, National Heart, Lung and Blood Institute, 1977

Farquhar, J.W.: The Community-Based-Model of Lifestyle Intervention Trials, in: American Journal of Epidemiology, 106/1978, S. 103-111

Friedman, D.G.: Primer of Epidemiology, New York 1980

Greiser, E.: Möglichkeiten und Probleme von multifaktoriellen Interventionsstudien im Bereich der Herz-Kreislaufkrankheiten, in: Der Internist, Heft 21, 1980, S. 430-436

Greiser, E.: Untersuchung der kardiovaskulären Mortalität in Bremen, in: Bremer Ärzteblatt 11/85

Greiser, E.: Kardiovaskuläre Risikofaktoren in der Bremer Bevölkerung, Ergebnisse des Gesundheits-Surveys 1984 in Bremen-Nord und Bremen-West, in: Bremer Ärzteblatt, 5/86, S. 9 ff.

Grunow, D.: Interorganisationsbeziehungen im Implementationsfeld und ihre Auswirkungen auf die Umsetzung und die Zielerreichung politischer Programme, in: Mayntz, R. (Hrsg.): Implementation politischer Programme II, Ansätze zur Theoriebildung, Opladen 1983, S. 142-167

Gutzwiller, F.: Epidemiologie der Hypertonie: Wissensstand und offene Fragen, in: Bremer Ärzteblatt, 6/86, S. 12 ff.

Hamann, W.: "Moral Suasion" als Steuerungsinstrument zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen, in: Medizin, Mensch, Gesellschaft, 6, 1981, S. 223-229

Hayes, S.G., Levine, S., Scotch, N., Feinleib, M., Kennel, W. P.: The Relationship of Psychosocial Factors to Coronary Heart Disease in the Framingham Study, in: American Journal of Epidemiology, 107 (5)/1978, S. 362-383

Helmert, U.: Epidemiologische und soziologische Befunde zur Prävention von koronaren Herz-Krankheiten, Bremen 1985

Hermann, H.: Personenzentrierte Gesprächsführung im Rahmen der Gesundheitsberatung, in: Das Berliner Ärzteblatt, 6/1986, S. 282

Hilbert, Th.: Eine Initiative zur Blutdruck-Prävention, Aktionswochen im Juni 1986 / Ärzte zur Untersuchung aufgerufen, in: Bremer Ärzteblatt, 4/86, S. 30

Hildebrand, N., Troschke, J. v.: Ärztliche Gesundheitsberatung in der Bundesrepublik Deutschland, in: Troschke, J. v., Stöbel, U. (Hrsg.): Möglichkeiten und Grenzen ärztlicher Gesundheitsberatung, Freiburg 1981, S. 29-48

Hoffmeister, H., Kreuter, H., Troschke, J. v. (im Auftrag der DHP): Studienhandbuch der DHP, o.O., 1983

Hübel, M., Kauderer-Hübel, M.: Handanweisung für die Durchführung von Kursen zur Gesprächsführung, Trainermaterial zum Manual zur Gesprächsführung, unveröffentlichtes Manuskript, o. J., o.O.

Infratest Gesundheitsforschung: Das Arztbild in der Bevölkerung - Ergebnisse einer Repräsentativbefragung, München 1979

Jann, W.: Kategorien der Policy-Forschung, in: Speyrer Arbeitshefte, 37, Speyer 1981

Jungmann, G.: Möglichkeiten des Arztes in der Gesundheitserziehung, in: Landesärztekammer Hessen (Hrsg.): Gesundheitserziehung als ärztliche Aufgabe. Bericht über den 24. Fortbildungskongreß 1979 in Bad Nauheim

Kaufmann, F.-X., Rosewitz, B.: Typisierung und Klassifikation politischer Maßnahmen, in: Mayntz, R. (Hrsg.): Implementation politischer Programme II, Ansätze zur Theoriebildung, Opladen 1983, S. 25-49

Klaes, L.: Soziale Benachteiligung und Gesundheitsverhalten, eine Fallstudie zur schichtenspezifischen Nichtinanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, Frankfurt/M. 1985

Klaes, L.: Grundlagen zum Design der Prozeßevaluation in der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsforschung (DHP), in: DHP-FORUM, 1, 1986, S. 25-42

Korporal, J., Zink, A.: Zur theoretischen und empirischen Fundierung des Konzeptes der Risikofaktoren koronarer Herzkrankheiten, in: Abholz, H.-H. u.a. (Hrsg.): Risikofaktorenmedizin - Konzept und Kontroverse, Berlin 1982, S. 38-50

Kreuter, H.: Mit Gesundheitserziehung gegen "Killer Nr. 1", in: Der Deutsche Arzt, Heft 3, 1984, S. 20-22

Levine, S., White, P.: Exchange as a Conceptual Framework for the Study of Interorganizational Relationship, in: Brinkerhoff, M.B., Kunz, P.R. (Hrsg.): Complex Organizations and their Environments, Dubuque, Iowa 1972

Lowi, T.J.: Four Systems of Policy, Politics and Choice, in: PAR 1972, S. 298-310

Malchow, H., Neumeister, H., Nüssel, E., Bergdolt, H., Ebschner, K.-H. (Hrsg.): Prävention in der Praxis, Grundlagen, Ziele, Erfahrungen, München 1984

Mayntz, R.: Regulative Politik in der Krise?, in: Matthes, J. (Hrsg.): Sozialer Wandel in Westeuropa, Verhandlungen des 19. Deutschen Soziologentages in Berlin 1979, Frankfurt/M. 1979, S. 55-81, 176

Mayntz, R. (Hrsg.): Implementation politischer Programme, empirische Forschungsberichte, Königstein/Ts. 1980

Mayntz, R.: Die Implementation politischer Programme, theoretische Überlegungen zu einem neuen Forschungsgebiet, in: Mayntz, R. (Hrsg.): Implementation politischer Programme, empirische Forschungsberichte, Königstein/Ts. 1980, S. 236-249

Mayntz, R. (Hrsg.): Implementation politischer Programme II, Ansätze zur Theoriebildung, Opladen 1983

McQueen, J.A.G.: Gesundheitserziehung, in: Trojan, A., Waller, H. (Hrsg.): Gemeindebezogene Gesundheitssicherung, München 1980, S. 42 ff.

Metcalf, J.L.: Organizational Strategies and Interorganizational Networks, in: Human Relations, 4, 1976, S. 327-343

Nebenbestimmung des Zuwendungsbescheides vom 27.4.1984 "Zuwendung aus dem Bundeshaushalt, Einzelplan 30, Kapitel 3003, Titel 68523, Haushaltsjahr 1984, für das Vorhaben: Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie - Hauptphase- Förderungskennzeichen 0706432 2, 422 - 4007 - 0706432".

Nüssel, E., Lamm, G. (Hrsg.): Prävention im Gemeinderahmen - Europäische Erfahrungen in der Herz-Kreislauf-Vorsorge, München 1983

Nüssel, E.; Schettler, G.: Studienhandbuch, Teil Intervention, "Kommunale Prävention", Heidelberg 1986

Odenbach, E.: Ärztliche Fortbildung, in: Deutsches Ärzteblatt, Heft 24, 1979

Offe, C.: Berufsbildungsreform, Frankfurt/M. 1975

Parsons, T.: Die akademischen Berufe und die Sozialstruktur, in: Parsons, T. (Hrsg.): Beiträge zur soziologischen Theorie, Neuwied/Berlin 1964, S. 172 ff.

Pflanz, M.: Überlegungen zur primärärztlichen Betreuung der Bevölkerung, in: Döhner, O. (Hrsg.): Arzt und Patient in der Industriegesellschaft, Frankfurt/Main 1973, S. 38 ff.

Ratschko, K.W.: Übersicht über Methoden der Gesundheitserziehung, in: Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung: Gesundheitserziehung von A-Z, Handbuch in Loseblattform, Bonn 1980

Rauskolb, Ch.: Lobby in Weiß, Struktur und Politik der Ärzteverbände, Frankfurt/Köln 1976

Reimer, F., Kunow, J., Becker, M.: Psychosozialer Dienst Köln, Modellversuch eines ambulanten Fachdienstes zur Sicherung der beruflichen Eingliederung psychisch Behinderter, Köln 1983

Rogers, E.M., Kincaid, D.L.: Communication Networks, Toward a New Paradigm for Research, New York 1981

Sabatier, P.A., Mazmanian, D.A.: The Implementation of Public Policy, a Framework of Analysis, in: Mazmanian, D.A., Sabatier, P.A. (Hrsg.): Effective Policy Implementation, Lexington (Mass.)/Toronto 1981

Schäfer, K., Blohmke, E.: Herzkrank durch psychosozialen Streß, Heidelberg 1970

Scharpf, F.W.: Interessenlagen der Adressaten und Spielräume der Implementation bei Anreizprogrammen, in: Mayntz, R. (Hrsg.): Implementation politischer Programme II, Ansätze zur Theoriebildung, Opladen 1983, S. 99-116

Schipperges, H.: Entwicklungen und Tendenzen der Berufe im Gesundheitswesen, in: Quintessenz, Impulse, Zeitschrift für Communication & Praxismanagement, April 1986, S. 4-10

Schmitt, F.: Stiefkind Präventivmedizin, in: Deutsches Ärzteblatt, Heft 17, 1979, S. 1187-1192

Scholmer, J.: Die Krankheit der Medizin, Neuwied/Berlin 1971

Sewering, H.J.: Zur Kenntnis genommen: Sinnvolle Präventivmedizin? In: Bayerische Landesärztekammer, Kassenärztliche Vereinigung (Hrsg.): Bayerisches Ärzteblatt, Mai 1984, S. 257-258

Stocksmeier, U.: Gesundheitsberatung - aber wie? Heidelberg 1974

Trojan, A., Waller, H. (Hrsg.): Gemeindebezogene Gesundheits-sicherung, München 1980

Troschke, J. v., Stöbel, u. (Hrsg.): Möglichkeiten und Grenzen ärztlicher Gesundheitsberatung, Freiburg 1981

Tuite, M., Chisholm, R., Radner, M. (Hrsg.): Interorganizational Decision Making, Chicago, Illinois 1972

Vilmar, K.: Gesundheitspolitik - ökonomisch oder medizinisch orientiert, Referat anlässlich des 87. Deutschen Ärztetages am 15. Mai 1984 in Aachen, Pressestelle der Deutschen Ärzteschaft, Köln 1984

Warren, R.J.: The Concerting of Decisions as a Variable in Organizational Interaction, in: Tuite, M., Chisholm, R., Radner, M. (Hrsg.): Interorganizational Decision Making, Chicago, Illinois 1972

Weber-Falkensammer, H., Geissler, Kh.A. (Hrsg.): Gesundheitsberatung, ein Leitfaden für die ärztliche Praxis, Wege der Patientenführung, Bd. 6, Erlangen 1984

Weber-Falkensammer, H. (Hrsg.): Gesundheitsberatung als ärztliche Aufgabe, Situationsanalyse zur Gesundheitsberatung durch den niedergelassenen Arzt, Köln 1986

Weisser, G.: "Lebensqualität" als politisches Postulat, in: WSI-Mitteilungen, 27. Jg., 1974

Wekel, W.: Rahmenbedingungen der Gesundheitsberatung im Sozialversicherungssystem, unveröffentlichtes Manuskript, Bonn-Bad Godesberg 1985

Wendt, G.: Disparitäten der ärztlichen Versorgung in Großstädten der BRD, Göttingen 1983

White, P.E., Levine, S., Vlasak, G.J.: Exchange as a Conceptual Framework for Understanding Interorganizational Relationship: Application to non-profit Organizations, in: Neghandi (Hrsg.): Interorganization Theory, Kent, Ohio 1975

WHO-Herz-Kreislauf-Vorsorgeprojekt in Eberbach/Wiesloch, Teilprojekt: Suche nach Interventionsmethoden, Interventionsbeschreibung für 1979-1980, unveröffentlichtes Manuskript, ohne Autor, o.O., o.J.

Wiesenthal, H.: Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Ein korporatistisches Verhandlungssystem der Sozialpolitik, in: v. Alemann, U. (Hrsg.): Neokorporatismus, Frankfurt/M. 1981, S- 180-206

Windhoff-Héritier, A.: Politikimplementations, Ziel und Wirklichkeit politischer Entscheidungen, Königstein/Ts 1980

Wirtschaftswissenschaftliches Institut der Gewerkschaften GmbH (WWI): Die Gesundheitssicherung in der Bundesrepublik Deutschland, Analyse und Vorschläge zur Reform, Köln 1971

Wright, D.: Intergovernmental Relations and Policy Choice, PUBLINS, Vol. 5, 1975

Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (Hrsg.): Herz-Kreislauf-Vorsorgeprogramme in der Bundesrepublik Deutschland, Bd. 1, Köln 1977

D. GRÄBNER

Dissertations- u. Offsetdruckerei

Gotenstraße 3

8602 Altendorf bei Bamberg

Telefon 09545 / 8791

